

DIE PSYCHOPATHOLOGISCHEN
ZUSTANDSBILDER BEI AKUTER
ALKOHOLINTOXIKATION

Gabriele Bachmann

1482



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549008_0012

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

DIE PSYCHOPATHOLOGISCHEN ZUSTANDSBILDER BEI
AKUTER ALKOHOLINTOXIKATION

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gabriele Bachmann

aus Rotfelden

München 1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Mende

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 12.11.1982

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090



Die vorliegende Arbeit wurde an der
Psychiatrischen Klinik der Universität München
angefertigt.

Herrn Prof. Dr. med. W. Mende danke ich für die
Überlassung des Themas und seine wertvollen
Anregungen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. D. Athen,
unter dessen Leitung diese Arbeit entstanden ist,
für die fachliche Beratung und seine stets freund-
liche Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	1
2. <u>Fragestellung</u>	12
3. <u>Methodik</u>	14
3.1. Auswahlkriterien	15
3.2. Beschreibung der Stichprobe	16
3.3. Datenerhebung	18
3.4. Datenverarbeitung	19
3.4.1. Einteilung in Syndrome	19
3.4.2. Statistische Auswertung	21
4. <u>Ergebnisse</u>	22
4.1. <u>Die psychopathologischen Zustandsbilder</u>	22
4.1.1. Leitsyndrome	22
4.1.2. Begleitsymptome	25
4.2. <u>Änderung der Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation</u>	30
4.3. <u>Syndromgenese</u>	32
4.3.1. Alter	32
4.3.2. Geschlecht	34
4.3.3. Chronischer Alkoholabusus	35
4.3.4. frühere Suicidversuche	45
4.3.5. Trinkmotiv	46
4.3.6. Stimmung vor dem Trinken	51

4.3.7.	Zustandsbild am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation	53
4.3.8.	Aufenthaltsdauer	58
4.3.9.	Hirnschädigung	61
4.3.10.	Getränkeart	62
4.3.11.	Medikamenteneinfluss	64
4.4.	<u>Diagnosen</u>	65
5.	<u>Diskussion</u>	69
5.1.	<u>Die psychopathologischen Zustandsbilder</u>	69
5.1.1.	Depressives Syndrom	70
5.1.2.	Suicidales Syndrom	72
5.1.3.	Aggressiv-erregtes Syndrom	74
5.1.4.	Manisches Syndrom	76
5.1.5.	Dysphorisches Syndrom	77
5.1.6.	Angst-Syndrom	78
5.1.7.	Andere Leitsyndrome	79
5.2.	<u>Syndromgenese</u>	88
5.2.1.	Depressives Syndrom	89
5.2.2.	Suicidales Syndrom	93
5.2.3.	Aggressiv-erregtes Syndrom	97
5.2.4.	Manisches Syndrom	101
5.2.5.	Dysphorisches Syndrom	102
5.2.6.	Angst-Syndrom	103
5.2.7.	Andere Leitsyndrome	103

6.	<u>Zusammenfassung</u>	106
7.	<u>Literaturverzeichnis</u>	114
8.	<u>Anhang</u> (Fragebogen)	121

1. Einleitung

"Es ist eine wohlbekannte Tatsache, dass unter Einfluss von Alkohol der eine mild und froh, der andere reizbar und vielleicht gewalttätig wird, der dritte depressiv, der vierte misstrauisch." (22)

Diese Vielfalt der Symptomatik bei akuter Alkoholintoxikation, die in der gesamten Literatur beschrieben wird, findet in der heute allgemein üblichen Diagnosebezeichnung der Rauschzustände keinen Ausdruck: So wird vom "einfachen", "gewöhnlichen" oder "normalen" Rausch gesprochen, sowie von den abnormen Räuschen, den "komplizierten" und "pathologischen" Räuschen - alles zusammen nur wenig aussagekräftige Begriffe.

Was ist nun unter einem "normalen", "einfachen" oder "gewöhnlichen" Rausch zu verstehen?

Nach BINDER (1) vertritt der einfache Rausch unter den Alkoholreaktionen gewissermassen den Bereich des Normalen. Als "normal" bezeichnet er den Durchschnittstypus einer Gattung, das Mittel aus allen individuellen Variationen und ausserdem diejenigen Variationen, die relativ wenig von diesem Durchschnittstypus abweichen und ausserordent-

lich oft anzutreffen sind. Der Durchschnittstypus des einfachen Rausches sieht nach BINDER folgendermassen aus: ein kurz dauerndes, nur gering ausgeprägtes Erregungsstadium, eine heitere, euphorische Grundstimmung, gesteigerter Antrieb und Logorrhoe - dann ein sich anschliessendes Lähmungsstadium mit Benommenheit, verlangsamtem Denken und Antriebsminderung.

Varianten bestehen darin, dass nicht so sehr Erregungssymptome auftreten, sondern schon bald Benommenheit einsetzt und neurologische Störungen wie Ataxie und Sprachstörungen im Vordergrund stehen. Auch die Stimmung kann variieren, so dass beispielsweise Gereiztheit oder Depressivität vorherrscht und dass es sogar zu Suicidversuchen kommen kann (1).

Gerade bei Suicidversuchen unter akutem Alkoholeinfluss ist es wohl nicht mehr zu vertreten, von einem einfachen, gewöhnlichen oder normalen Rausch zu sprechen.

Unter den abnormen Rauschen versteht BINDER (1) die Rauschformen, die sich in ihrem ganzen Bild so weit vom Durchschnittstypus der Alkoholvergiftung entfernen und soviel seltener vorkommen, dass sie nicht mehr der normalen Streubreite zugerechnet werden können. Zu den abnormen Rauschen rechnet er

den komplizierten (=quantitativ abnormen) und den pathologischen (=qualitativ abnormen) Rausch.

Der komplizierte Rausch zeichnet sich dadurch aus, dass die Erregung viel stärker ist und viel länger andauert als im einfachen Rausch. Die Benommenheit setzt viel brüsker ein und vertieft sich rascher. Das ganze Geschehen spielt sich stürmischer, drastischer und brüsker ab als im einfachen Rausch. Die Grundstimmung hat den Charakter der Gereiztheit. Es kann zu aggressiven Handlungen kommen. Wahnhaftة Einfälle können auftreten.

Auch hier gibt es Varianten, vor allem in der Grundstimmung: Am häufigsten sind Depression und Angst und auch hier können Suicidversuche folgen, aber auch eine euphorische Stimmung kann ausnahmsweise vorliegen (2). Es finden sich also zum grössten Teil dieselben Zustandsbilder wieder wie beim einfachen Rausch - eben nur in quantitativ stärkerer Ausprägung.

Beim pathologischen Rausch findet sich eine andere Qualität von Bewusstseinsstörung. Es gibt zwei Formen: die dämmrige Form - auch epileptoide Form genannt (4,19) - und die deliriöse Form, die nur bei chronischen Alkoholikern vorkommt und von der Symptomatik dem Delirium tremens gleicht (2,3,4,13,47).

Als Merkmale des dämmrigen Rausches werden angegeben: Eine gleichzeitig mit der Bewusstseinsstörung schlagartig einsetzende Erregung (im Gegensatz zu der sich allmählich entwickelnden Erregung im komplizierten Rausch), die zu schweren motorischen Entladungen, zu sinnlosem Toben und zu aggressiven Handlungen gegenüber anderen, aber auch zu Suicidhandlungen führen kann.

Als Grundstimmung steht Angst im Vordergrund; es kann aber auch eine depressive, gereizte oder euphorische Stimmung auftreten. Ausserdem finden sich häufig Halluzinationen, Illusionen und wahnhaftige Ideen. Das von BINDER (2) als wichtigstes differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber dem komplizierten Rausch angeführte Symptom ist die Störung der Orientierung in der Situation. Von einigen Autoren wird auch das Fehlen neurologischer Störungen wie Lallen und Schwanken als kennzeichnend für den pathologischen Rausch angeführt (3,4,15). BINDER (2) widersprach dieser Auffassung jedoch und meinte aufgrund seiner eigenen Untersuchungen, dass diese neurologischen Störungen ausnahmsweise auch im pathologischen Rausch vorkommen können.

Die Zuordnung zu den verschiedenen Rauschzuständen ist in forensisch-psychiatrischer Hinsicht von Bedeutung. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit eines Alkoholtäters hängt vor allem von der Rauschform ab (27).

Nach BINDER (1) ist bei kriminellen Delikten im einfachen Rausch nicht die Trunkenheit die wesentlichste Ursache für das Delikt. Diese liege vielmehr in der abnormen Verfassung der nüchternen Persönlichkeit. Der einfache Rausch sei nur auslösender Faktor. Auch MENDE (27) schreibt: "Wenn kriminelle Verhaltensweisen im einfachen Rausch hervortreten, dann haben diese ihre Determinanten bereits in den Tendenzen der nüchternen Persönlichkeit." Die Voraussetzungen zur Anwendung des § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) werden beim normalen Rausch im allgemeinen nicht erreicht (27).

Beim komplizierten Rausch, der nach MENDE (27) die grösste kriminologische Bedeutung hat, kommt es besonders leicht zu kurzschlussartigen Gewalthandlungen, die nicht eigentlich persönlichkeitsfremd, wenngleich in ihrem Ausmass inadäquat anmuten. Die Schuldfähigkeit eines Täters im komplizierten Rausch ist erheblich vermindert oder sogar aufgehoben, zumal der Täter auf seine Um-

gebung im allgemeinen deutlich verändert wirkt (27).

Beim pathologischen Rausch hat vor allem die dämmerige Form forensische Bedeutung, während die deliriöse Form kaum zu kriminellen Delikten führt. Beim pathologischen Rausch wird immer wieder - auch als differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber den anderen Rauschformen - hingewiesen auf die Sinnlosigkeit der Rauschhandlungen (3), die objektilos, blind und triebhaft erscheinen (2,47) und vor allem auf die Persönlichkeitsfremdheit der Rauschtaten (3,15,19), wobei jedoch schon von HOFF (15) darauf hingewiesen wurde, dass eine tiefenpsychologische Betrachtung die unbewussten Wurzeln erkennen lasse. Liegt ein pathologischer Rausch vor, muss Schuldunfähigkeit angenommen werden, selbst wenn die Tat nicht ganz persönlichkeitsfremd anmutet und sich einige Motivationszusammenhänge aufdecken lassen (27).

Kompliziert wird die Diagnostik dadurch, dass die Verwendung des Begriffes "pathologischer Rausch" nicht einheitlich gehandhabt wird. So fassen einige Autoren die quantitativ und qualitativ abnormen Rauschzustände unter dem Begriff "pathologischer Rausch" zusammen (8, 17). WITTER (46) dagegen diagnostiziert einen pathologischen Rausch nur, wenn der dämmerige

Rauschzustand nach relativ geringen Alkoholmengen sehr abrupt eintritt, nur Minuten dauert und mit einem Tiefschlaf endet.

Dämmrige Rauschzustände, bei denen eine hohe BAK vorliegt, die sich allmählich unter dem Zeichen zunehmender Trunkenheit entwickeln, etwa 1-2 Stunden andauern und mit einem apathischen Erschöpfungszustand oder Tiefschlaf enden, bezeichnet er als "schwere Rauschzustände", zu denen er auch den delirösen Rausch zählt. HOFF (15) wiederum unterscheidet den pathologischen Rausch, welcher der oben beschriebenen dämmrigen Form des pathologischen Rausches entspricht, von der pathologischen Alkoholreaktion. Zu dieser gehören die abnorme Alkoholreaktion, die dadurch charakterisiert ist, dass es zur Freisetzung aggressiver Tendenzen kommt, die sich bis zu tobsuchtsartigen Erregungszuständen steigern können - ein Zustandsbild, das vergleichbar ist mit dem "komplizierten Rausch". Ausserdem gehören zur pathologischen Alkoholreaktion die "trunkfälligen Sinnestäuschungen", die entweder halluzinoseartigen Charakter haben oder ein abortives Delir darstellen. Dies entspräche also der delirösen Form des pathologischen Rausches nach der Einteilung von BINDER.

RAUCH (31) spricht von "pathologischem Rausch" nur, "wenn der Betrunkene sich aggressiv verhält, sei es, dass er Einrichtungsgegenstände zerschlägt, sei es, dass er Menschen angreift, sie verletzt oder tötet. Nach der Symptomatik kann man den sog. pathologischen Rausch nicht von einem schweren gewöhnlichen Rausch unterscheiden, nur nach den Folgen". ROMMENEY (35) dagegen meint, dass nicht der Effekt, sondern der psychopathologische Symptomenkomplex über die Diagnose entscheide und das forensisch-psychiatrische Urteil bestimme.

Das Ganze klingt nicht nur verwirrend. Der Vielfalt der Zustandsbilder bei akuter Alkoholin-toxikation entspricht die Vielfalt der Rauschein-teilungen. Und vielfältig sind auch die Meinungen darüber, welche Zustandsbilder den einzelnen Rausch-zuständen zugeordnet werden sollen, was bei der Ver-wendung von so unscharf umgrenzten Begriffen wie "einfacher, gewöhnlicher, komplizierter und pa-thologischer" Rausch nicht verwunderlich ist. Die Diagnose hängt also oft davon ab, welcher Lehr-meinung der jeweilige Untersucher anhängt und welche Einstellung er selbst zum Alkohol hat, wobei das letztere vor allem bei Bewertung der quantitativen Unterschiede zum Tragen kommt. Treffend schrieb

VENZLAFF (42): "Vor Gericht wird es wohl kaum einmal zwei Sachverständige geben, die - sofern sie nicht aus dem gleichen Institut kommen - in ihren Ansichten über das, was ein Vollrausch oder ein pathologischer Rausch ist, übereinstimmen."

Diese Einteilung der Rauschformen in den normalen, komplizierten und pathologischen Rausch wurde deshalb auch immer wieder kritisiert, sowohl von klinisch-psychiatrischer (11, 23) als auch von forensisch-psychiatrischer Seite (30, 35, 42). FLEMING (11) meinte, die Einfachheit dieser Einteilung in normalen und pathologischen Rausch sei aufgrund der Komplexität der Symptomatologie nicht gerechtfertigt. Und hinsichtlich der forensisch relevanten Rauschzustände schrieb RASCH (30): "Dass es möglich wäre Rauschtypen zu definieren, die zwanglos bestimmten Graden der Schuldfähigkeit zugeordnet werden können, wird jedem Erfahrenen als sehr zweifelhaft erscheinen." Desto notwendiger sei es innerhalb eines Bezugssystems zu bleiben, das als einziges verlässliche Maßstäbe und Kriterien bereitstellt, und dies sei die Symptomlehre der Psychopathologie. Auch VENZLAFF (42) ist der Ansicht, dass eine Unterteilung der Rauschtypen nach dem vorherrschenden psychopathologischen Reaktionsformen (wie sie z.B. May und Ebaugh vorgenommen haben) weitaus logischer

und präziser sei, als wenn man mit zwar ausdrucksstarken, aber im Grunde unscharfen Adjektiven wie "pathologisch", "kompliziert", "sinnlos" einen Rausch klassifiziere.

Die Einteilung von MAY und EBAUGH (23) unterscheidet

Alkoholintoxikationen mit	neurotischer Reaktion, Verhaltensstörung, Verwirrtheitszustand, deliröser Reaktion, affektiver Reaktion, schizophrener Reaktion oder paranoider Reaktion.
---------------------------	---

Im Gegensatz zu dieser Einteilung, bei der zum Teil auch pathogenetische Faktoren berücksichtigt werden, die eine eingehende Untersuchung des Patienten zur Voraussetzung haben, hat die von WIESER (43) vorgeschlagene Einteilung rein deskriptiven Charakter:

Exzitorisch-somnolenter (gewöhnlicher) Rausch

Stimmungsgetragener Rausch

Alkoholbedingter Dämmerzustand

Amentieller Rausch

Deliranter Rausch

Halluzinatorischer Rausch

Bei dieser Einteilung werden jedoch in erster Linie die selteneren Rauschformen herausgestellt, die sonst meist den abnormen Räuschen zugerechnet werden, während der "exzitorisch-somnolente Rausch" und der "stimmungsgetragene Rausch" nicht näher charakterisiert werden.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit soll es nun sein zu untersuchen, ob sich neben diesen selten auftretenden Rauschformen (Dämmerzustand, deliranter, amentieller und halluzinatorischer Rausch) andere bei der akuten Alkoholintoxikation vorkommende Zustandsbilder abgrenzen lassen, so dass die Einteilung der Rauschzustände anhand der psychopathologischen Symptomatik weiter differenziert werden kann.

2. Fragestellung der Arbeit

In erster Linie geht es in dieser Arbeit um die Frage, wie die psychopathologischen Zustandsbilder bei Patienten mit einer akuten Alkoholintoxikation aussehen, um abzuklären, ob sich eine Einteilung der Rauschzustände nach psychopathologischen Leitsyndromen vornehmen lässt. Ausserdem sollen Aufschlüsse über die Syndromgenese gewonnen werden.

Der Untersuchung lagen folgende Fragen zugrunde:

- 1) Welche Syndrome lassen sich abgrenzen?
- 2) Ändert sich das Zustandsbild während der akuten Alkoholintoxikation?
- 3) Welche Ursachen der psychopathologischen Zustandsbilder lassen sich aufzeigen? Besitzen die folgenden Faktoren Informationen zur Syndromgenese?
 - Alter
 - Geschlecht
 - chronischer Alkoholabusus
 - frühere Suicidversuche

- Trinkmotiv
- Stimmung vor dem Trinken
- Befund am Tag nach der Aufnahme
- Aufenthaltsdauer
- Hirnschädigung
- Getränkeart
- Einnahme von Medikamenten

3. Methodik

Retrospektiv wurden anhand eines Fragebogens Krankengeschichten von Patienten ausgewertet, die bei der Aufnahme unter akutem Alkoholeinfluss standen. Es handelt sich um Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München, die in den Jahren 1974 - 1978 dort aufgenommen wurden.

Bei einer Voruntersuchung stellte sich heraus, dass der überwiegende Teil der akut intoxikierten Patienten chronische Alkoholiker waren. Deshalb wurden anhand des gleichen Fragebogens die Krankengeschichten von Patienten mit chronischem Alkoholabusus ausgewertet, die nicht intoxikiert waren. Damit sollte untersucht werden, ob das Auftreten bestimmter psychopathologischer Zustandsbilder hauptsächlich auf den chronischen Alkoholabusus - mit allen seinen Auswirkungen und Faktoren auf sozialem und persönlichem Gebiet - zurückzuführen ist, oder ob unter akutem Alkoholeinfluss andere Zustandsbilder vorherrschen. Ausgewertet wurden die Krankengeschichten von Patienten, die in den Jahren 1974 und 1978 aufgenommen worden waren.

3.1. Auswahlkriterien

In die Untersuchung der Zustandsbilder bei Patienten mit akuter Alkoholintoxikation wurden nur diejenigen Fälle aufgenommen, bei denen aus der Krankengeschichte eindeutig der akute Alkoholeinfluss hervorging. Als Kriterien galten:

- akute Alkoholintoxikation/Rausch
- betrunken
- unter Alkoholeinfluss
- angetrunken/alkoholisiert
- Foetor alcoholicus
- anamnestische Angaben, kurz vorher Alkohol
getrunken zu haben

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung dieser Kriterien.

Tabelle 1 : Häufigkeit der Kriterien zur Fest-
stellung der akuten Alkoholintoxikation

<u>Kriterium</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
akute Alkoholintox./Rausch	152	47
angetrunken/Alkoholeinfluss	66	20
Foetor alcoholicus	50	16
betrunken	39	12
<u>Anamnese</u>	<u>16</u>	<u>5</u>
	323	100

Die Auswahlkriterien der nicht intoxikierten
Patienten waren die Diagnosen:

- episodischer Alkoholmissbrauch ICD 303.0
- gewohnheitsmässiger Alkoholmissbrauch ICD 303.1
- chronischer Alkoholmissbrauch ICD 303.2

Als Ausschlusskriterium galt für beide Gruppen eine
endogene Psychose.

3.2. Beschreibung der Stichprobe

Im Zeitraum von 5 Jahren fanden sich nach
Tabelle 2 insgesamt 323 Fälle mit akuter Alkoholin-

toxikation. Von diesen waren 255 (79 %) Alkoholiker. Sie werden in dieser Studie als "Patient mit chronischem Alkoholabusus" bezeichnet. Bei 68 (21 %) Patienten lag weder ein chronischer, noch ein gewohnheitsmässiger oder episodischer Alkoholmissbrauch vor. Sie werden "Patienten ohne chronischen Alkoholabusus" genannt. - Es handelt sich um 235 (73 %) männliche und 88 (27 %) weibliche Patienten.

Tabelle 2 : Häufigkeit von Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus

	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Patienten <u>ohne</u> chron. Abusus	42	18	26	30
Patienten <u>mit</u> chron. Abusus	193	82	62	70
	235	100	88	100

Es wurden 277 Patienten mit chronischem Alkoholabusus, die bei Aufnahme nicht intoxikiert waren, in die Untersuchung aufgenommen. Von diesen waren 196 (71 %) Männer und 81 (29 %) Frauen.

3.3. Datenerhebung

Die Erhebung wurde anhand eines Fragebogens durchgeführt, der im Anhang (S.121) abgebildet ist. Die Items betreffen neben Alter, Geschlecht und Aufnahmegrund vor allem den psychopathologischen und körperlichen Befund bei Aufnahme. Ausserdem enthält er Merkmale, die über die Syndromgenese Aufschluss geben sollen.

Bei der Auswertung der Krankengeschichten wurde ausschliesslich die Beschreibung des psychopathologischen Zustandsbildes, die der behandelnde Arzt in der Krankengeschichte gegeben hatte, in den Fragebogen aufgenommen. Eindrücke und Wertungen des Auswertenden wurden nicht festgehalten.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Befunde von einer Person sondern von vielen verschiedenen Ärzten erstellt wurden. Dies kann sich vor allem in der unterschiedlichen Beurteilung eines Zustandsbildes auswirken. Es zeigte sich aber auch in der Ausführlichkeit des jeweiligen Befundes. So erstreckten sich in manchen Krankengeschichten die Angaben nur auf den neurologischen Befund, bei einigen wenigen Patienten fanden sich ausser der Diagnose keine weiteren Angaben. Diese Patienten wurden

jedoch auch in die Untersuchung aufgenommen.

3.4. Datenverarbeitung

3.4.1. Einteilung in Syndrome

Nach der Erfassung des psychopathologischen Befundes wurde versucht, anhand von Leitsymptomen eine Syndromdiagnose zu stellen. In Anlehnung an die von HIPPIUS (14) beschriebenen Syndrome wurde von den folgenden Leitsyndromen ausgegangen. Bei jedem Syndrom wird kurz beschrieben, welche Symptome hier eingeordnet wurden.

1. depressives Syndrom: Patienten, deren Stimmung als depressiv, gedrückt, weinerlich, klagsam-jammerig beschrieben wurde.
2. suicidales Syndrom: Suicidgefährdete Patienten. Hierunter wurden auch Patienten mit "latenter Suicidalität" eingeordnet.
3. aggressiv-erregtes Syndrom: Patienten mit verbalen Aggressionen, Aggressionshandlungen, aggressiven und hysterischen Erregungszuständen.
4. manisches Syndrom: Patienten, die als gehoben euphorisch, läppisch, hypoman bezeichnet wurden.

5. dysphorisches Syndrom: Patienten mit mürrischer, gereizter oder misshütiger Stimmung.
6. Angst-Syndrom: Patienten, bei denen die Angst im Vordergrund stand.
7. paranoid-halluzinatorisches Syndrom: Patienten mit Wahn und/oder Halluzinationen.
8. delirantes Syndrom: Patienten, deren Zustandsbild als Delir diagnostiziert wurde.
9. andere Leitsyndrome: Die Zuordnung unter diese Rubrik erfolgte bei den Patienten, bei denen keines der oben genannten Syndrome im Vordergrund stand. Bei diesen Patienten wurde das Zustandsbild vor allem von den Symptomen geprägt, die als typische Begleitsymptome der Trunkenheit gelten und deshalb nicht weiter differenziert werden müssen:

- Bewusstseinsstörung
- neurologische Störungen wie Ataxie, Sprachstörungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- formale Denkstörungen
- Orientierungsstörungen

Patienten, die diese Störungen zeigten, und eines der unter 1-8 genannten Syndrome aufwiesen, wurden unter den genannten Syndromen und nicht unter der Rubrik "andere Leitsyndrome" eingeordnet.

3.4.2. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung bezog sich zunächst auf die Häufigkeit der psychopathologischen Syndrome. Anschliessend wurde zur Abklärung der Syndromgenese die Häufigkeit der in der Fragestellung auf Seite 10 genannten Faktoren bei den verschiedenen Leitsyndromen bestimmt. Danach wurde untersucht, ob sich statistisch signifikante Zusammenhänge ergeben zwischen der Art des psychopathologischen Zustandsbildes und diesen Faktoren. Die Signifikanzberechnung erfolgte mit dem χ^2 -Test für die Vierfeldertafel.

Um festzustellen, ob insgesamt eine Abhängigkeit besteht zwischen der Häufigkeit der einzelnen Leitsyndrome und dem chronischen Alkoholabusus wurde der χ^2 -Test für die Kontingenztafel verwandt. Die Angabe des Signifikanzniveaus erfolgte durch die Bezeichnung : $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

4. Ergebnisse

4.1. Die psychopathologischen Zustandsbilder

4.1.1. Leitsyndrome

Bei der Auswertung der 323 Fälle mit akuter Alkoholintoxikation ergab sich nach Tabelle 3, dass das depressive Syndrom mit 35,9 % am häufigsten auftrat. An 2. Stelle folgte das suicidale Syndrom mit 15,2 %, so dass diese beiden Syndrome zusammen knapp über die Hälfte aller Fälle ausmachen (51,1 %).

Unter dem aggressiv-erregten Syndrom (n=30) sind folgende Zustandsbilder zusammengefasst:

verbal aggressives Verhalten	(n = 8)
aggressiver Erregungszustand	(n = 17)
hysterischer Erregungszustand	(n = 5)

Bei 3 männlichen Patienten mit hysterischem Erregungszustand wurde ein "Arc-de-cercle" beschrieben.

Sofern keine affektiven Störungen vorlagen, erfolgte die Subsumierung unter dem Begriff "andere Leitsyndrome". Dies betrifft die Bewusstseinsstörung, neurologische Störungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, das paranoid-halluzinatorische und das delirante Syndrom, wegen

unzureichender Beschreibung nicht zuordbare Zustandsbilder und einen Fall mit unauffälligem Befund.

Tabelle 3: Häufigkeit der Leitsyndrome

Syndrome	n	%
depressives	116	35,9
suicidales	49	15,2
aggressiv-erregtes	30	9,3
manisches	23	7,1
dysphorisches	17	5,3
Angst	2	0,6
andere		
- Bewusstseinstörung	25	7,7
- neurol. Störungen	20	6,2
- paranoid-halluz.	12	3,7
- Denk-/Gedächtnisstörungen	6	1,9
- Orientierungsstörungen	5	1,6
- delirantes	3	0,9
- unauffällig	1	0,3
- nicht zuordbar	14	4,3
	323	100

Depressives, suicidales und manisches Syndrom können nach den Tabellen 4-6 noch weiter differenziert werden.

Tabelle 4 : Depressives Syndrom - Untergruppen

<u>Syndrome</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
depressiv	29	25
depressiv-klagsam	39	34
depressiv-ängstlich	22	19
depressiv-aggressiv	12	10
depressiv-gereizt	9	8
depressiv-manisch	5	4
	116	100

Tabelle 5 : Suicidales Syndrom - Untergruppen

<u>Syndrome</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
suicidal	18	37
suicidal-klagsam	12	25
suicidal-ängstlich	9	18
suicidal-gereizt	5	10
suicidal-aggressiv	4	8
suicidal-manisch	1	2
	49	100

Tabelle 6 : Manisches Syndrom - Untergruppen

<u>Syndrom</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
manisch	18	78
<u>manisch-gereizt</u>	<u>5</u>	<u>22</u>
	23	100

Besonders hingewiesen werden soll noch auf die depressiv/suicidal-aggressiven Syndrome (16 Patienten) und die depressiv/suicidal-manischen Syndrome (6 Patienten). Bei diesen Patienten schwankte der Affekt zwischen depressiver Stimmung und verbal-aggressivem Verhalten bzw. euphorischer Stimmungslage.

4.1.2. Begleitsymptome

Am häufigsten fielen Störungen der Motorik und Psychomotorik auf. Koordinationsstörungen wie z.B. Gang- und Standataxie, Intentionstremor usw. zeigten 117 (36 %) der intoxikierten Patienten. Sprachstörungen traten bei 88 (27 %) Patienten auf. Als "motorisch unruhig" wurden 63 (19 %) Patienten beschrieben.

Nahezu ein Viertel aller Patienten (24 %) wies einen Ruhetremor auf. Wie allerdings aus Tabelle 16 hervorgeht, lag bei 74 der 78 Patienten mit Ruhetremor ein chronischer Alkoholabusus vor. Die Häufigkeit der übrigen Begleitsymptome ist aus Tabelle 7 ersichtlich.

Tabelle 7 : Häufigkeit der Begleitsymptome bei
akuter Alkoholintoxikation (Mehrfachnennung)

Begleitsymptome	n	%	v. 323
Koordinationsstörungen	117	36	
Sprachstörungen (verwaschen/ lallend)	88	27	
Tremor	78	24	
motorisch unruhig	63	19	
Bewusstseinstörung	54	17	
Konzentrationsstörungen	49	15	
Orientierungsstörungen	48	15	
Antriebsminderung	45	14	
vegetative Störungen	43	13	
Denken verlangsamt	31	10	
Logorrhoe	17	5	
Gedächtnisstörungen	14	4	
Auffassungsstörungen	13	4	
Antriebssteigerung	12	4	
Merkfähigkeitsstörungen	10	3	
Denken beschleunigt	9	3	
Denkstörungen:			
inkohärent/zerfahren	9	3	
umständlich/weitschweifig	7	2	
Perseverationen	4	1	
Vorbeireden	2	0,5	
Gedankenabreissen	1	0,5	
eingeeengt	1	0,5	

Bei der Vielzahl der Begleitsymptome stellt sich die Frage, ob einige der Merkmale gehäuft im Zusammenhang mit bestimmten affektiven Störungen auftreten. Die Tabellen 8 - 10 geben Aufschluss über die prozentuale Verteilung der Merkmale bei den jeweiligen Syndromen.

Bei folgenden Syndromen fanden sich signifikante Korrelationen

depressives Syndrom: Patienten mit depressivem Syndrom wurden signifikant häufiger als "motorisch unruhig" beschrieben ($p < 0,05$). Dagegen fanden sich signifikant weniger Patienten mit einer Bewusstseins-trübung ($p < 0,01$).

suicidales Syndrom: Eine Antriebsminderung wurde signifikant häufiger angegeben als bei den anderen Syndromen ($p < 0,05$). Signifikant seltener traten Orientierungsstörungen auf ($p < 0,01$).

aggressiv-erregtes Syndrom: Signifikant seltener wurden Sprachstörungen beschrieben ($p < 0,05$), was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass mit erregten Patienten kein normales Gespräch geführt werden kann, so dass Sprachstörungen nicht so leicht auffallen.

manisches Syndrom: Bei diesem Syndrom fanden sich signifikant häufiger Sprachstörungen ($p < 0.01$) und, wie auch zu erwarten, signifikant häufiger Antriebssteigerung und Logorrhoe ($p < 0.01$). Die höhere Rate von Sprachstörungen lässt sich vielleicht damit erklären, dass bei Patienten mit Logorrhoe Artikulationsstörungen eher auffallen.

Tabelle 8 : Koordinations-, Sprachstörungen und motorische Unruhe bei den verschiedenen Leitsyndromen

Syndrome	Koordinationsstörungen		Sprachstörungen		motorische Unruhe	
	n	%	n	%	n	%
depressives	47	40	31	35	30	48
suicidales	13	11	10	12	10	16
aggressiv- erregtes	7	6	3	3	6	10
manisches	12	10	12	14	4	6
dysphorisches	9	8	8	9	4	6
Angst	1	1	1	1		
Andere	28	24	23	26	9	14
	117	100	88	100	63	100

Tabelle 9 : Häufigkeit von Antriebsstörungen
bei den verschiedenen Syndromen

Syndrome	Antriebs- minderung		Antriebs- steigerung		Logorrhoe	
	n	%	n	%	n	%
depressives	19	42	4	34	7	41
suicidales	12	27	1	8		
aggressiv- erregtes			1	8		
manisches	1	2	4	34	5	29
dysphorisches	4	9	1	8	2	12
Angst						
Andere	9	20	1	8	3	18
	45	100	12	100	17	100

Tabelle 10 : Bewusstseinsstörungen und Orientierungs-
störungen bei den Leitsyndromen

Syndrome	Bewusstseins- trübung		Orientierungs- störung	
	n	%	n	%
depressives	10	19	14	29
suicidales	5	9	1	2
aggressiv- erregtes	7	13	6	13
manisches	3	5	4	8
dysphorisches	2	4	3	6
Angst	1	2		
Andere	26	48	20	42
	54	100	48	100

4.2. Änderung der Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation

Zur Abklärung eines etwaigen Syndromwechsels wurden die Einweisungsdiagnose oder der Aufnahmegrund mit dem jeweiligen Leitsyndrom bei der Aufnahme verglichen. Informationen über psychopathologische Auffälligkeiten vor der Aufnahme ergaben sich aus 138 Krankengeschichten. In erster Linie wurden nach Tabelle 11 Depressivität und Suicidalität genannt.

Nach der statistischen Korrelation zeigte sich erwartungsgemäss, dass als Aufnahmegründe signifikant häufiger genannt wurde "depressives Verhalten und Suicidgedanken" beim depressiven ($p < 0.05$) und suicidalen Syndrom ($p < 0.001$), "Suicidversuche" beim suicidalen Syndrom ($p < 0.05$), "aggressives Verhalten und Erregungszustand" beim aggressiv-erregten Syndrom ($p < 0.001$), d.h. das psychopathologische Leitsyndrom hat sich im Verlauf der akuten Intoxikation nicht geändert.

Bei 22 Patienten (7 %) erbrachte der Vergleich von Aufnahmegrund und Leitsyndrom eine Veränderung. 10 (9 %) von den 116 Patienten mit depressivem Syndrom boten vor der Einweisung "aggressives Verhalten" oder einen "Erregungszustand". Bei 2 Patienten mit suicidalem

Syndrom bestand vor der Aufnahme ein Erregungszustand. Von den 30 Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom wurden 5 (17 %) wegen "depressiven Verhaltens" oder "Suicidgedanken" und 2 wegen eines vorausgegangenen Suicidversuchs eingewiesen.

Bei je einem der Patienten mit manischem Syndrom wurde als Aufnahmegrund "Suicidgedanken", "Suicidversuch" und "Erregungszustand" genannt. Die Patientin mit dem vorausgegangenen Suicidversuch bot ein Mischbild: "euphorisch mit aggressiven Durchbrüchen."

Tabelle 11 : Aufnahmegründe, die ein psychopathologisches Zustandsbild wiedergeben, bei den verschiedenen Syndromen

Syndrom	depress. Verh.		Suicidgedanken		Suicidversuch		aggr. Verh. Erregungszustand	
	n	%	n	%	n	%	n	%
depressiv	20	53	22	42	5	31	10	31,5
suicidal	15	39	17	33	6	38	2	6
aggressiv	2	5	3	6	2	12,5	10	31,5
manisch			1	2	1	6	1	3
dysphorisch			2	4			1	3
Angst								
Andere	1	3	7	13	2	12,5	8	25
	38	100	52	100	16	100	32	100

4.3. Syndromgenese

Die Vielfalt und Vielzahl affektiver Störungen lässt erwarten, dass in die Syndromgenese nicht nur der Faktor Alkohol eingeht. Es wurden daher die folgenden Faktoren auf ihren Stellenwert bei der Syndromgenese untersucht:

Alter

Geschlecht

chronischer Alkoholabusus

frühere Suicidversuche

Trinkmotiv

Stimmung vor dem Trinken

Befund am Tag nach der Aufnahme

Aufenthaltsdauer

Hirnschädigung

Getränkeart

Einnahme von Medikamenten

4.3.1. Alter der Patienten

Die Altersverteilung bei den verschiedenen Syndromen ist in Tabelle 12 dargestellt. Eine signifikante Korrelation ergab sich nur beim suicidalen Syndrom. Hier war signifikant häufiger die Altersgruppe der 20-29jährigen vertreten ($p < 0.01$). Ausgeglichen wird dies vor allem durch den niedrigeren Anteil unter den 40-49jährigen Patienten ($p < 0.05$).

Tabelle 12 : Altersverteilung bei den verschiedenen Leitsyndromen

Alter	Gesamt- zahl		depress.		suicid.		aggr.err.		manisch.		dysphor.		Angst		Andere		
	n	%	Sy.	n	%	Sy.	n	%	Sy.	n	%	Sy.	n	%	Sy.	n	%
14-19	16	5	7	6	2	4	3	10							5	6	
20-29	83	26	24	21	21	43	10	33,3	9	39	3	18			16	19	
30-39	124	38	49	42	18	37	10	33,3	8	35	6	35	1		33	38	
40-49	67	21	24	21	5	10	3	10	2	9	3	18	1		26	31	
50-59	24	7	8	7	3	6	3	10	3	13	4	23			3	3	
60-	9	3	4	3			1	3,3	1	4	1	6			3	3	
	323	100	116	100	49	100	30	100	23	100	17	100	2		86	100	

4.3.2. Geschlecht

Die Häufigkeit der einzelnen Syndrome war unterschiedlich bei Männern und Frauen.

Bei den Frauen trat ein depressives Syndrom (50 %) signifikant häufiger auf als bei den Männern (30,6 %) ($p < 0.01$). Männer boten signifikant häufiger "andere Leitsyndrome". ($p < 0.001$).

Die prozentuale Häufigkeit der übrigen Syndrome war in beiden Gruppen ähnlich.

Tabelle 13 : Häufigkeit der Leitsyndrome - Vergleich zwischen Männern und Frauen

Syndrome	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
depressives	72	30,6	44	50
suicidales	36	15,3	13	14,8
aggr.-erregtes	21	9	9	10,2
manisches	17	7,2	6	6,8
dysphorisches	12	5,1	5	5,7
Angst	2	0,9		
Andere	75	31,9	11	12,5
	235	100	88	100

4.3.3. Chronischer Alkoholabusus

Zur Abklärung der Frage, inwieweit die Häufigkeit der einzelnen Syndrome davon abhängig ist, ob es sich um Patienten ohne oder mit chronischem Alkoholabusus handelt, wurden diese beiden Gruppen gesondert betrachtet und miteinander verglichen. Nach Tabelle 14 zeigten sich in der Häufigkeitsverteilung der Syndrome erhebliche Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen. Diesen Eindruck bestätigt die statistische Korrelation ($p < 0.001$), d.h. insgesamt war die Häufigkeitsverteilung der Leitsyndrome davon abhängig, ob es sich um Patienten ohne oder mit chronischem Alkoholabusus handelte.

Patienten ohne chronischen Alkoholabusus boten signifikant häufiger ein aggressiv-erregtes Syndrom ($p < 0.01$) sowie andere Leitsyndrome ($p < 0.01$). Von diesen Patienten zeigte ein Patient ein delirantes Syndrom, ausgelöst durch 3 l Bier und 40 Schlaftabletten. Ein Patient gab Verfolgungsideen an und eine Patientin Beziehungsideen und optische Halluzinationen. Bei allen drei Patienten war der Befund am nächsten Tag unauffällig.

Patienten mit chronischem Alkoholabusus wiesen signifikant häufiger ein suicidales Syndrom ($p < 0.05$) auf. Wie aus Tabelle 14 zu ersehen ist, war beim depressiven Syndrom der Anteil der Patienten mit chronischem Alkoholabusus ebenfalls erhöht, es ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Fasst man das depressive und das suicidale Syndrom zusammen, boten Patienten mit chronischem Alkoholabusus signifikant häufiger eines dieser Zustandsbilder ($p < 0.001$).

Delirante Zustandsbilder traten bei 2 Patienten und paranoid-halluzinatorische Syndrome bei 10 Patienten mit chronischem Alkoholabusus auf.

Tabelle 14 : Häufigkeit der Leitsyndrome - Vergleich von Patienten ohne chron. Alkoholabusus und Patienten mit chron. Alkoholabusus.

Syndrome	Pat. <u>ohne</u> chron.Abusus		Pat. <u>mit</u> chron.Abusus	
	n	%	n	%
depressives	18	26,5	98	38,4
suicidales	4	5,9	45	17,7
aggressiv-erregtes	12	17,6	18	7,1
manisches	3	4,4	20	7,8
dysphorisches	4	5,9	13	5,1
Angst			2	0,8
Andere	27	39,7	59	23,1
	68	100	255	100

Hinzuzufügen ist noch, dass bei den Untergruppen des depressiven Syndroms das depressiv-klagsame Syndrom bei den Patienten ohne chronischen Alkoholabusus signifikant häufiger auftrat ($p < 0.01$). Die Häufigkeit der anderen Untergruppen geht aus Tabelle 15 hervor.

Tabelle 15 : Untergruppen des depressiven Syndroms
Vergleich Patienten o h n e und
m i t chronischem Alkoholabusus

Syndrome	Pat. <u>ohne</u> chron.Abusus		Pat. <u>mit</u> chron.Abusus	
	n	%	n	%
depressiv	3	17	26	27
depressiv-klagsam	11	61	28	29
depressiv-ängstlich	1	5,5	21	21
depressiv-gereizt			9	9
depressiv-aggressiv	2	11	10	10
depressiv-manisch	1	5,5	4	4
Summe	18	100	98	100

Von den 4 Patienten ohne chronischen Alkoholabusus mit suizidalem Syndrom zeigten 2 Patienten ein suizidales Syndrom und 2 Patienten ein suizidal-klagsames Syndrom.

Und von den 3 Patienten ohne chronischen Abusus mit manischem Syndrom waren 2 Patienten nur manisch und 1 Patient manisch-gereizt.

Auch das Auftreten einiger Begleitsymptome war abhängig davon, ob es sich um Patienten ohne oder mit chronischem Alkoholabusus handelte (s. Tab. 16).

Patienten ohne chronischen Alkoholabusus hatten signifikant häufiger eine Bewusstseinstörung ($p < 0.001$).

Patienten mit chronischem Alkoholabusus zeigten signifikant häufiger Tremor ($p < 0.001$), vegetative Störungen ($p < 0.05$) und Konzentrationsstörungen ($p < 0.05$).

Tabelle 16 : Häufigkeit der Begleitsymptome
Vergleich von Patienten o h n e
und m i t chronischem Alkohol-
abusus (Mehrfachnennung)

Symptome	Pat. <u>ohne</u> chron. A. n = 68		Pat. <u>mit</u> chron. A. n = 255	
	n	%	n	%
Koordinationsstörungen	23	34	94	37
Sprachstörungen	16	24	72	28
Tremor	4	6	74	29
motorisch unruhig	8	12	55	22
Bewusstseinstörung	21	31	33	13
Konzentrationsstörung	4	6	45	18
Orientierungsstörungen	10	15	38	15
Antriebsminderung	5	7	40	16
vegetative Störungen	3	4	40	16
Denken verlangsamt	3	4	28	11
Logorrhoe	3	4	14	5
Gedächtnisstörungen	1	1	13	5
Auffassungsstörungen	1	1	12	5
Antriebssteigerung	2	3	10	4
Merkfähigkeitsstörungen	1	1	9	4
Denken beschleunigt	2	3	7	3
Denkstörungen				
incoherent/zerfahren	5	7	4	2
umständlich/weitschw.			7	3
Perseverationen			4	2
Vorbeireden	1	1	1	0,5
Gedankenabreißen			1	0,5
eingeengt			1	0,5

Vergleich von intoxikierten chronischen Alkoholikern und nicht intoxikierten chronischen Alkoholikern: Zur weiteren Abklärung der Frage, ob das Auftreten der psychopathologischen Zustandsbilder hauptsächlich vom chronischen Alkoholabusus abhängig ist oder ob aufgrund des akuten Alkoholeinflusses doch andere Zustandsbilder vorherrschen, wurde die Häufigkeit der verschiedenen Leitsyndrome bei Patienten mit chronischem Alkoholabusus untersucht, die bei Aufnahme nicht intoxikiert waren. Anschliessend wurden diese Ergebnisse mit der Häufigkeit der Leitsyndrome bei den akut intoxikierten Patienten mit chronischem Alkoholabusus (n=255) verglichen. Es wurden 277 Fälle von Patienten, die bei Aufnahme nicht intoxikiert waren, ausgewertet.

Am häufigsten war nach Tabelle 17 auch bei den nicht intoxikierten Patienten das depressive Syndrom (26,4 %). Als nächstes folgen hier jedoch das delirante (15,5 %) und das paranoid-halluzinatorische Syndrom (12,3 %). 26 Patienten (9,4 %) boten einen unauffälligen Befund.

Die 4 Patienten mit aggressivem Syndrom waren verbal aggressiv. Erregungszustände kamen nicht vor.

Tabelle 17 : Häufigkeit der Leitsyndrome - Vergleich
von intoxikierten und nicht intoxikier-
ten chronischen Alkoholikern

Syndrome	<u>akut</u> intox.		<u>nicht</u> intox.	
	n	%	n	%
depressives	98	38,4	73	26,4
suicidales	45	17,7	20	7,2
aggressiv-erregtes	18	7,1	4	1,4
manisches	20	7,8	9	3,2
dysphorisches	13	5,1	13	4,7
Angst	2	0,8	6	2,2
Andere				
neurolog. Störungen	17	6,6	17	6,1
Bewusstseinstöb.	14	5,5	9	3,3
paranoid-halluzinat.	10	3,9	34	12,3
Orientier.stör.	3	1,2		
delirantes	2	0,8	43	15,5
Denk/Gedächtn.stör.	1	0,4	10	3,6
nicht zuordbar	11	4,3	13	4,7
unauffälliger Befund	1	0,4	26	9,4
	255	100	277	100

Wie bei den Syndromen bei akuter Intoxika-
tion lassen sich nach Tabelle 18 - 20 auch bei den
nicht intoxikierten Patienten depressives, suicidales
und manisches Syndrom weiter differenzieren.

Tabelle 18 : depressives Syndrom - Untergruppen
nicht intoxikierte Alkoholiker

<u>Syndrom</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
depressiv	35	48
depressiv-ängstlich	18	25
depressiv-gereizt	10	14
depressiv-klagsam	6	8
depressiv-manisch	3	4
depressiv-aggressiv	1	1
	73	100

Tabelle 19 : suicidales Syndrom - Untergruppen
nicht intoxikierte Alkoholiker

<u>Syndrome</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
suicidal	10	50
suicidal-gereizt	4	20
suicidal-ängstlich	2	10
suicidal-klagsam	2	10
suicidal-aggressiv	2	10
	20	100

Tabelle 20 : manisches Syndrom - Untergruppen

<u>Syndrome</u>	<u>n</u>
manisch	8
manisch-gereizt	1
	9

Der Vergleich zwischen den nicht intoxikierten und den intoxikierten chronischen Alkoholikern erbrachte insgesamt eine signifikante Korrelation zwischen der Häufigkeit der einzelnen Leitsyndrome und der Zugehörigkeit zu einer dieser beiden Gruppen, d.h. die Häufigkeitsverteilung der Syndrome war davon abhängig, ob es sich um akut intoxikierte oder um nicht intoxikierte Patienten handelte ($p < 0.001$).

Bei den akut intoxikierten Patienten mit chronischem Alkoholabusus waren signifikant häufiger zu finden das depressive Syndrom ($p < 0.01$), das suizidale Syndrom ($p < 0.001$), das aggressiv-erregte Syndrom ($p < 0.01$) und das manische Syndrom ($p < 0.05$).

Bei Betrachtung der Untergruppen des depressiven Syndroms ergibt sich bei Vergleich der Tabellen 15 und 18, dass bei den akut intoxikierten Patienten das depressiv-klagsame Syndrom ($p < 0.001$) und das depressiv-aggressive Syndrom ($p < 0.05$) signifikant häufiger auftraten.

Bei den nicht intoxikierten Alkoholikern wurden das paranoid-halluzinatorische Syndrom ($p < 0.001$) und das delirante Syndrom ($p < 0.001$) signifikant häufiger beschrieben. Ausserdem boten die nicht intoxikierten Patienten signifikant häufiger einen unauffälligen Befund ($p < 0.001$).

Stellt man nun diese Ergebnisse den Ergebnissen gegenüber, die aus dem Vergleich der akut intoxikierten Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus erhalten werden konnten, lassen sich für das depressive und suizidale Syndrom sowie für das aggressiv-erregte Syndrom folgende Schlussfolgerungen ziehen.

Faßt man depressives und suicidales Syndrom zusammen, traten diese Syndrome bei akut intoxikierten Patienten mit chronischem Alkoholabusus signifikant häufiger auf als bei den Patienten ohne chronischen Abusus. Dies spricht für einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Syndrome und dem chronischen Alkoholabusus. Bei den nicht intoxikierten chronischen Alkoholikern fanden sich diese Syndrome jedoch signifikant seltener als bei den akut Intoxikierten. Für das gehäufte Auftreten dieser Syndrome bei akuter Alkoholintoxikation sind also sowohl der chronische Alkoholabusus als auch der akute Alkoholeinfluss als ursächliche Faktoren anzusehen.

Das aggressiv-erregte Syndrom trat bei den akut intoxikierten Patienten mit chronischem Alkoholabusus signifikant seltener auf als bei den Patienten ohne chronischen Alkoholabusus, jedoch signifikant häufiger als bei den nicht intoxikierten Patienten. Dies weist darauf hin, dass das Auftreten dieses Syndroms überwiegend auf die akute Alkoholwirkung zurückzuführen ist.

4.3.4. Frühere Suicidversuche

Die Anamnese ergab, dass 64 Patienten (20 %) bereits einen oder mehrere Suicidversuche begangen hatten. Im Vergleich zu den übrigen Syndromen gaben Patienten mit suicidalem Syndrom signifikant häufiger frühere Suicidversuche an ($p < 0.001$). Von den 49 Patienten mit suicidalem Syndrom hatten 23 (47 %) bereits früher Suicidversuche unternommen.

Der Vergleich zwischen Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus erbrachte, dass bei Alkoholikern signifikant häufiger Suicidversuche in der Anamnese zu finden waren ($p < 0.01$).

Von den 68 Patienten ohne chronischen Alkoholabusus hatten 4 (6 %) früher Suicidversuche unternommen, von den Patienten mit chronischem Alkoholabusus 60 (24 %) Patienten.

4.3.5. Trinkmotiv

Hier sollte untersucht werden, inwieweit das Trinkmotiv Einfluss auf die Art des Zustandsbildes bei akuter Alkoholintoxikation hat.

Insgesamt fanden sich bei 111 Patienten (34 %) Angaben über das Trinkmotiv. Tabelle 22 gibt Auskunft darüber, welche Motive am häufigsten genannt wurden. Unter der Rubrik "Andere" wurden die Trinkmotive zusammengefasst, die jeweils nur von einem oder zwei Patienten angegeben worden waren, wie z.B. Kopfschmerzen, Ärger, Depressionen, Mindervertigkeitskomplexe, oder Hemmungen. Der Begriff "Feier" umfasst nicht nur Familienfeste, sondern auch Oktoberfestbesuche und ähnliches.

Tabelle 22 : Häufigkeit der Trinkmotive (Mehrfachnennung)

<u>Trinkmotive</u>	<u>n</u>	<u>% v.323</u>
Partnerkonflikte	76	24
berufliche Probleme	14	4
Streit	13	4
Feier	12	4
Arbeitslosigkeit	11	3
Einsamkeit	8	2
finanzielle Probleme	7	2
Andere	15	5

In Tabelle 23 wird nur die Häufigkeit der Trinkmotive beim depressiven, suicidalen und aggressiv-erregten Syndrom gezeigt, da von den 111 Patienten, bei denen ein Trinkmotiv angegeben worden war, 88 Patienten (79 %) eines dieser drei Syndrome ausweisen.

Tabelle 23 : Häufigkeit der Trinkmotive beim depressiven, suicidalen und aggressiv-erregten Syndrom (Mehrfachnennung)

	depress. Syndrom n=116		suicid. Syndrom n= 49		aggr-err. Syndrom n= 30	
<u>Trinkmotive</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Partnerkonflikte	40	34	18	37	7	23
berufl. Probleme	6	5	3	6	2	7
Streit	4	3	4	8	4	13
Feier	1	1	1	2	5	17
Arbeitslosigkeit	9	8	1	2		
Einsamkeit	7	6	1	2		
fianz. Probleme	3	3	4	8		
Andere	3	3	2	4	4	13

Bei dem depressiven Syndrom fanden sich signifikant ($p < 0.01$) die meisten Angaben über das Trinkmotiv und zwar vorwiegend Partnerkonflikte ($p < 0.001$), Arbeitslosigkeit ($p < 0.01$) und Einsamkeit ($p < 0.01$). Seltener als bei den anderen Syndromen war bei den Patienten mit depressivem Syndrom eine Feier Anlass zum Trinken gewesen.

Bei Patienten mit suicidalem Syndrom wurden signifikant häufiger Partnerkonflikte ($p < 0.05$) und finanzielle Probleme ($p < 0.01$) genannt. Von insgesamt 7 Patienten mit finanziellen Problemen zeigten 4 ein suicidales Syndrom.

Ein aggressiv-erregtes Syndrom folgte signifikant häufiger einem Streit ($p < 0.05$), aber auch signifikant häufiger einer Feier ($p < 0.001$).

Die beiden Patienten, die sich absichtlich wegen ihrer Hemmungen betrunken hatten, zeigten ein manisches Syndrom.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass bei Patienten mit depressivem und suicidalem Syndrom

nicht so sehr der Alkohol, sondern vor allem auch schon vor der Intoxikation bestehende Konfliktsituationen und Probleme das psychopathologische Zustandsbild bestimmen. Auch bei den vier Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom, bei denen ein Streit der Anlass zum Trinken war, ist ein Zusammenhang zwischen Trinkmotiv und Zustandsbild während der Intoxikation offensichtlich. Von Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom wurde jedoch auch signifikant häufiger eine "Feier" als Trinkmotiv genannt. Da aber meist keine näheren Informationen über den Ablauf der Feier den Krankenblattunterlagen zu entnehmen waren, lässt sich nicht sagen, was das aggressive Verhalten ausgelöst hat.

Der Vergleich von Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus hinsichtlich der Trinkmotive erbrachte nach Tabelle 24, dass von Patienten mit chronischem Alkoholabusus etwas häufiger Partnerkonflikte angegeben wurden, eine signifikante Korrelation zeigte sich jedoch nicht. Ein signifikanter Unterschied lässt sich nur bei der "Feier" errechnen ($p < 0.001$), die häufiger von Patienten ohne chronischen Alkoholabusus als Trinkmotiv angegeben worden war.

Tabelle 24 : Trinkmotive von Patienten o h n e
und m i t chronischem Alkoholabusus
(Mehrfachnennung)

<u>Trinkmotive</u>	<u>Pat. ohne</u> <u>chron. A.</u> n= 68		<u>Pat. mit</u> <u>chron. A.</u> n=255	
	n	%	n	%
Partnerkonflikte	13	19	63	25
berufl. Probleme	2	3	12	5
Streit	4	6	9	4
Feier	10	15	2	1
Arbeitslosigkeit	2	3	9	4
Einsamkeit	2	3	6	2
finanz.Probleme	1	1	6	2
Andere	9	13	6	2

Partnerkonflikte lagen signifikant häufiger
($p < 0.001$) bei Frauen als bei Männern vor. Von 39
(44 %) Frauen und von 37 (16 %) Männern wurden Part-
nerkonflikte als Trinkmotiv angegeben.

4.3.6. Stimmung vor dem Trinken

Es wurde versucht, abzuklären, ob das Auftreten eines bestimmten Zustandsbildes abhängig war von der Stimmung vor dem Trinken. Es fanden sich nach Tabelle 25 nur bei 38 Patienten (12 %) Angaben über die Stimmung vor dem Trinken.

Tabelle 25 : Stimmung vor dem Trinken

<u>Stimmung</u>	<u>n</u>	<u>% v. 323</u>
depressiv	26	8
suicidal	4	1
ängstlich	3	1
<u>gereizt/wütend</u>	<u>5</u>	<u>2</u>
	38	12

Von diesen trat nach Tabelle 26 bei 13 (34 %) Patienten aufgrund der Alkoholintoxikation eine Veränderung der Stimmung ein, bei 25 (66 %) Patienten war die Stimmung während der akuten Intoxikation ähnlich wie vor dem Alkoholkonsum. Dies weist ebenfalls darauf hin, dass das Auftreten eines bestimmten Zustandsbildes nicht nur auf den Alkohol zurückzuführen ist.

Bei dem depressiven und suicidalen Syndrom fanden sich insgesamt signifikant häufiger Angaben über die Stimmung vor dem Trinken ($p < 0.05$). Am häufigsten handelte es sich um eine depressive Stimmung oder um Suicidalität ($p < 0.05$).

Von den fünf Patienten, die vorher gereizt oder wütend waren, zeigten drei während der akuten Intoxikation ein aggressiv-erregtes Syndrom.

Tabelle 26 : Stimmung vor dem Trinken - bei den einzelnen Leitsyndromen

Syndrome	depressiv		suic.	ängstl.	gereizt/ wütend
	n	%	n	n	n
depressives	13	50	2	3	
suicidales	6	23	1		1
aggr.-erregtes	2	8	1		3
manisches	2	8			1
dysphorisches					
Angst					
Andere	3	11			
	26	100	4	3	5

Der Vergleich zwischen Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus hinsichtlich der Stimmung vor dem Trinken erbrachte keinen bedeutsamen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen.

Bei den Frauen fanden sich nach Tabelle 27 insgesamt signifikant häufiger Angaben über die Stimmung vor dem Trinken ($p < 0.05$). Die Anzahl der Frauen mit depressiver Stimmung vor dem Trinken war gegenüber den Männern signifikant erhöht ($p < 0.05$).

Tabelle 27 : Stimmung vor dem Trinken bei
Männern und Frauen

	Männer		Frauen	
	n = 235		n = 88	
Stimmung	n	%	n	%
depressiv	14	6	12	14
suicidal	3	1	1	1
ängstlich	1	0,5	2	2
gereizt/wütend	4	2	1	1
	22	9,5	16	18

4.3.7. Zustandsbild am Tag nach der akuten
Alkoholintoxikation

Der Vergleich des Zustandsbildes am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation mit dem Zustandsbild während der Intoxikation soll Aufschluss darüber geben, welche Bedeutsamkeit der akuten Wirkung des Pharmakon Alkohol zukommt.

Insgesamt fand sich bei 191 (59 %) Patienten eine Angabe über das Zustandsbild am nächsten Tag. Eine Besserung gegenüber dem Bild unter akuter Alkoholintoxikation wurde nach Tabelle 28 bei 112 (34,5 %) Patienten festgestellt. 58 (18 %) Patienten zeigten das gleiche Zustandsbild wie bei der akuten Intoxikation, was ein Hinweis dafür sein kann, dass nicht der Alkohol sondern auch andere Faktoren, die auch nach dem Ausklingen der akuten Alkoholintoxikation noch wirksam sind, die Art des Zustandsbildes beeinflussen.

Tabelle 28 : Befund am Tag nach der akuten
Alkoholintoxikation

<u>Befund</u>	<u>n</u>	<u>% v. 323</u>
Besserung	112	34,5
ähnlicher Zustand	58	18
Syndromänderung	21	6,5

Hinzuzufügen ist noch, dass nach Tabelle 30 eine amnestische Lücke von 25 (8 %) Patienten angegeben wurde.

Bei 20 % der Patienten mit depressivem Syndrom wurde auch am nächsten Tag ein depressives Bild beschrieben. Drei Patienten zeigten am folgenden Tag eine Syndromänderung und zwar wiesen zwei Patienten ein dysphorisches Syndrom und ein Patient ein manisches Syndrom auf.

Von den 49 Patienten mit suicidalem Syndrom waren 18 (37 %) auch am nächsten Tag noch suicidal. Im Vergleich mit den übrigen Syndromen war das gleiche Zustandsbild signifikant häufiger auch am nächsten Tag noch festzustellen ($p < 0.001$). 2 Patienten zeigten ein dysphorisches Syndrom. Bei 12 Patienten (24 %) besserte sich das Zustandsbild, d.h. sie wurden vom behandelnden Arzt nicht mehr als suicidgefährdet betrachtet.

Bei der Hälfte (15) der Patienten, die unter akuter Alkoholintoxikation ein aggressiv-erregtes Syndrom gezeigt hatten, konnte am Tag darauf eine Besserung des Verhaltens festgestellt werden. Weitere 5 Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom waren am nächsten Tag depressiv. Es wurde kein Fall mit ähn-

lichem Verhalten beschrieben. 6 Patienten (20 %) gaben eine mnestische Lücke an, die im Vergleich zu den anderen Syndromen hier signifikant häufiger auftrat ($p < 0.05$) (s. Tab. 30).

Von den 12 Patienten mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom zeigten am nächsten Tag 9 ein ähnliches Bild, und von den 3 Patienten mit delirantem Syndrom wurde bei einem Patienten auch am Tag nach der akuten Intoxikation ein delirantes Zustandsbild beschrieben.

Tabelle 29 : Befund am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation bei den verschiedenen Zustandsbildern (Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Patienten des jeweiligen Syndroms)

Syndrome	n	Syndrom- rück- bildung		ähnlicher Zustand		Syndrom- änderung	
		n	%	n	%	n	%
depressives	116	38	33	23	20	3	3
suicidales	49	12	24	18	37	2	4
aggressiv- erregtes	30	15	50			5	17
manisches	23	8	35	3	13	3	13
dysphorisches	17	3	18	3	18	2	12
Angst	2						
Andere	86	36	42	11	13	6	7
	323	112	34,5	58	18	21	6,5

Tabelle 30 : Amnestische Lücke - Häufigkeit bei
den verschiedenen Leitsyndromen

Syndrom	n	n	%
depressives	116	9	8
suicidales	49	2	4
aggressiv- erregtes	30	6	20
manisches	23	1	4
dysphorisches	17	2	12
Angst	2		
<u>Andere</u>	<u>86</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
	323	25	8

Bei dem Vergleich der Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus zeigt sich nach Tabelle 31, dass bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus am nächsten Tag signifikant häufiger eine Besserung des Zustandsbildes festgestellt werden konnte ($p < 0.001$). Bei den beiden Patienten mit ähnlichem Zustand handelte es sich um ein depressives Syndrom.

Patienten mit chronischem Alkoholabusus boten dagegen signifikant häufiger ein ähnliches Zustandsbild wie unter akuter Alkoholintoxikation ($p < 0.001$). Dies weist erneut auf den Einfluss des chronischen

Alkoholabusus, auf die Gestaltung des Zustandsbildes hin.

Betrachtet man z.B. das suicidale Syndrom, so waren die 4 Patienten ohne chronischen Abusus am nächsten Tag nicht mehr suicidal. Von den 45 Fällen mit chronischem Abusus wurden jedoch auch am Tag darauf noch 18 Patienten (40 %) weiterhin als suicidalgefährdet beschrieben.

Patienten ohne chronischen Alkoholabusus wiesen signifikant häufiger eine amnestische Lücke auf ($p < 0.001$). Von den 68 Patienten ohne chronischen Alkoholabusus gaben 13 (19 %) und von 255 Patienten mit chronischem Alkoholabusus 12 (5 %) eine amnestische Lücke an.

Tabelle 31 : Befund am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation - Vergleich zwischen Patienten ohne bzw. mit Abusus

Befund	Pat. <u>ohne</u> chron. A.		Pat. <u>mit</u> chron. A.	
	n	%	n	%
Besserung	46	68	66	26
ähnlicher Zustand	2	3	56	22
Syndromänderung	2	3	19	7
keine Angaben	18	26	114	45
	68	100	255	100

4.3.8. Aufenthaltsdauer

Da nur bei 59 % aller Patienten am nächsten Tag ein Befund erhoben worden war, wurde auch die Aufenthaltsdauer untersucht, da im allgemeinen davon ausgegangen werden kann, dass eine kurze Aufenthaltsdauer mit einer Besserung des Zustandsbildes einhergeht. Eine längere Aufenthaltsdauer dagegen bedeutet, dass sich entweder das Zustandsbild nicht gebessert hat oder dass noch andere Probleme vorliegen.

Die Aufenthaltsdauer betrug bei 144 (45 %) Patienten bis 24 Stunden und bei 179 (55 %) Patienten über 24 Stunden.

Im Vergleich zu den übrigen Syndromen hatten nach Tabelle 32 mehr Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom (57 %) eine kurze Aufenthaltsdauer von bis zu 24 Stunden und mehr Patienten mit depressivem bzw. suicidalem Syndrom (je 61 %) eine längere Aufenthaltsdauer. In beiden Fällen liess sich jedoch kein signifikanter Unterschied errechnen.

Darauf hinzuweisen wäre noch, dass 19 (39 %) der Patienten mit suicidalem Syndrom am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation entlassen wurden.

Tabelle 32 : Aufenthaltsdauer bei den verschied.
Leitsyndromen

Syndrome	n	bis 24 h		länger	
		n	%	n	%
depressives	116	45	39	71	61
suicidales	49	19	39	30	61
aggressiv- erregtes	30	17	57	13	43
manisches	23	11	48	12	52
dysphorisches	17	7	41	10	59
Angst	2			2	
Andere	86	45	52	41	48
	323	144	45	179	55

Der Vergleich zwischen Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus ergab, dass Patienten ohne chronischen Abusus signifikant häufiger eine kurze Aufenthaltsdauer von unter 24 Stunden aufwiesen ($p < 0.001$).

Tabelle 33 : Aufenthaltsdauer

Aufenthalts- dauer	Pat. <u>ohne</u> chron. A.		Pat. <u>mit</u> chron. A.	
	n	%	n	%
bis 24 Stunden	58	35	86	34
über 24 Stunden	10	15	169	66
	68	100	255	100

Auch die Betrachtung der einzelnen Syndrome erbrachte, dass die Patienten ohne chronischen Alkoholabusus unabhängig vom psychopathologischen Zustandsbild in der Mehrzahl nur 1 Nacht in der Klinik blieben.

Dies bestätigt die Ergebnisse, die sich aus der Untersuchung der Befunde am nächsten Tag ergaben. Bei den Patienten ohne chronischen Alkoholabusus schien es sich überwiegend um vorübergehende Störungen zu handeln, die hauptsächlich auf den akuten Alkoholeinfluss zurückzuführen sind.

4.3.9. Hirnschädigung

Es wurde nach Tabelle 34 insgesamt bei 18 Patienten ein Anfallsleiden diagnostiziert, bei weiteren 5 Patienten bestand Verdacht auf ein Anfallsleiden. Von den 18 Patienten mit gesichertem Anfallsleiden zeigten 5 ein pathologisches EEG, von den 5 Patienten mit V.a. Anfallsleiden hatten 2 Patienten einen pathologischen EEG-Befund.

Insgesamt wurde bei 16 Patienten ein pathologisches EEG gefunden. Bei 12 Patienten handelte es sich um Allgemeinveränderungen.

Eine Abhängigkeit des Zustandsbildes von hirnnorganischen Störungen liess sich nicht aufzeigen.

Tabelle 34 : Anfallsleiden und pathologische EEG-Befunde bei den Leitsyndromen

	Anfalls- leiden	patholog. EEG
<u>Syndrome</u>	<u>n</u>	<u>n</u>
depressives	4	4
suicidales		
aggressiv-erregtes	1	3
manisches	2	1
dysphorisches	2	1
Angst		
Andere	9	7
	18	16

4.3.10. Getränkeart

Insgesamt wurde bei 152 Patienten (47 %) die Getränkeart angegeben. Bier und konzentrierte alkoholische Getränke wurden am häufigsten getrunken.

Tabelle 35 : Getränkeart (Mehrfachnennung)

<u>Getränkeart</u>	<u>n</u>	<u>% v. 323</u>
Bier	99	31
Wein/Sekt	27	8
konz. alkohol.Getränke	83	26

Eine signifikante Beziehung zwischen der Getränkeart und dem Zustandsbild ergab sich nur beim depressiven Syndrom. Patienten mit depressivem Syndrom hatten im Vergleich zu den übrigen Syndromen signifikant häufiger angegeben, Wein oder Sekt getrunken zu haben ($p < 0.01$) (s. Tab. 36).

Beim suicidalen Syndrom wurden signifikant seltener Angaben über die Getränkeart gemacht ($p < 0.05$) wobei wiederum signifikant seltener das Bier genannt wurde ($p < 0.01$).

Bemerkenswert ist, dass sich nach diesen Ergebnissen keine Hinweise für die oft vermutete Häufung von aggressiven Syndromen bei Konsum von konzentrierten Getränken erkennen liessen.

Tabelle 36 : Getränkeart bei den verschiedenen
Leitsyndromen (Mehrfachnennung)

Syndrome	Bier		Wein/S.		konz.G.		Angaben zur Getränkeart	
	n	%	n	%	n	%	n	%
depressiv.	30	30	17	63	34	41	55	36
suicidales	7	7	3	11	10	12	16	11
aggr.erregt.	8	8	1	4	6	7	11	7
manisches	10	10	3	11	6	7	13	8
dysphorisch.	6	6	1	4	4	5	7	5
Angst					1	1	1	0,5
Andere	38	39	2	7	22	27	49	32,5
	99	100	27	100	83	100	152	100

4.3.11. Medikamenteneinfluss

Zusätzlich zum Alkohol wurden von 43 Patienten (13 %) Medikamente eingenommen. Am meisten waren nach Tabelle 37 Schlaftabletten und Tranquilizer vertreten.

Tabelle 37 : Häufigkeit der verschiedenen Medikamente

<u>Medikamente</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Schlafmittel/Tranquilizer	26	60
Antiepileptika	8	19
Analgetika	5	12
Psychopharmaka	3	7
Drogen	1	2
	43	100

Es bestand kein Zusammenhang zwischen der zusätzlichen Medikamenteneinnahme und dem gehäuften Auftreten eines bestimmten Syndroms. Der Anteil der Patienten, die zusätzlich Medikamente eingenommen hatten, war in allen Syndromgruppen etwa gleich hoch.

4.4. Diagnosen

Einen Überblick über die Diagnosen, die im Zusammenhang mit der akuten Alkoholintoxikation vom behandelnden Arzt gestellt wurde, gibt Tabelle 38.

Von 133 Fällen (= 100 %) erhielten 94 Patienten (71 %) die allgemeine Diagnose "Akute Alkoholintoxikation" bzw. "Rausch", 7 Patienten (5 %) die Diagnose "Abnorme Reaktion bei akuter Alkoholintoxikation". Bei 5 Patienten wurde ein "pathologischer Rausch", bei 1 Patienten ein "komplizierter Rausch" diagnostiziert. Nur in den übrigen 26 Fällen (19,5 %) gab die Diagnose einen Hinweis auf das psychopathologische Zustandsbild während der akuten Alkoholintoxikation.

Tabelle 38 : Diagnose bei akuter Alkoholintox.

<u>Diagnosen</u>	<u>n</u>	<u>% v.323</u>
Akute Alkoholintoxikation/R.	94	29
abnorme Reaktion b. aI	7	2
pathologischer Rausch	5	1,5
komplizierter Rausch	1	0,5
depressives Sy./Suicidalität b. aI	12	3,5
Erregungszustand b. aI	9	3
Suicidversuch b. aI	2	0,5
delirantes Sy. b. aI	2	0,5
paranoide Reaktion b. aI	1	0,5
Summe	133	41

b. aI = bei akuter Alkoholintoxikation

Bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus wurde in 61 Fällen (90 %) eine der oben genannten Diagnosen gestellt, bei Patienten mit chronischem Abusus in 72 Fällen (28 %).

Bei den übrigen 190 Patienten (59 %) wurde als Diagnose meist nur der "chronische Alkoholabusus" und /oder "Persönlichkeitsstörungen" bzw. "Neurosen" angegeben.

Zu den Patienten, bei denen ein "pathologischer Rausch" bzw. ein "komplizierter Rausch" diagnostiziert wurde, sollen einige Angaben differenziert dargelegt werden.

Unter der Diagnose pathologischer Rausch finden sich zwei Männer mit chronischem Alkoholabusus und drei Frauen ohne chronischen Alkoholabusus. Bei einer Frau ohne chronischen Alkoholabusus wurde ein komplizierter Rausch diagnostiziert.

Nur bei drei von fünf Patienten mit der Diagnose "pathologischer Rausch" trat im Verlauf der Intoxikation ein Erregungszustand bzw. ein aggressives Syndrom auf. Ein Patient wurde "psychisch verhangen" beschrieben, es war aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich, welches psychopathologische Symptom konkret damit gemeint war. Bei keinem der Patienten wurde ein Dämmerzustand oder ein delirantes Syndrom beschrieben. Die übrigen Angaben zeigt Tabelle 39. Die Auffälligkeiten der Patientin mit "kompliziertem Rausch", die einen Erregungszustand zeigte, erscheinen an letzter Stelle.

Tabelle 39 : Patienten mit pathologischem (n = 5) und kompliziertem (n = 1) Rausch

Pat.	Alter	Getränk	Aufnahme- grund	Syndrom	Bew. trüb.	Orient. stör.	Den- ken	neur. Stör.	Auf.- dauer	nächst. Tag	Anfalls- leiden
M chr. A.	48	2 l Bier	Angstzust. alles riesen- groß erschie- nen	ruhig/ freudlich illus. Verk. <u>Andere Sy.</u>		Ø		Ko- ordin. stör.	über 24 h	unauff.	
M. chr. A.	34	20 Fl. Underberg	Intoxikation	"verhangen" <u>Andere Sy.</u>		Ø	un- ständ- lich	Ko- ordin. stör.	bis 24 h	bew. klar/ orient.	
F Ø A.	26	3-4 l Bier	hat sich auf Straße gelegt	<u>manisch m.</u> aggr. Durch- brüchen			zer- fah- ren		bis 24 h	unauff. amnest. Lücke	
F. Ø A.	21	2 l Bier 4 Sch.	Erregungs- zustand	<u>Erregungs- zustand</u>					bis 24 h	unauff. amnest. Lücke	V.a. An- fallsl. + pathol. EEG
F. Ø A.	43	1 l Bier	Randalieren	<u>depressiv</u> manisch		Ø	ideen- flüchtig		bis 24 h	"nor- mal"	
F. Ø A. R.	19	4 Gl. Bier Sekt Sch.	Erregungs- zustand	<u>depressiv</u>	Ø	Ø	Ø		bis 24 h	"nor- mal" amnest. Lücke	V.a. An- fallsl. + pathol. EEG

M = Mann

F = Frau

chr. A. = Pat. mit chron. Alkoholabusus

Ø A. = Pat. ohne chron. Alkoholabusus

Sch. = Schnaps

Ø : Merkmal nicht vorhanden
 freies Feld: Merkmal nicht in Krankenge-
 schichte erwähnt

5. Diskussion

5.1. Die psychopathologischen Zustandsbilder

Die in der Literatur beschriebene Vielfalt der psychopathologischen Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation zeigte sich auch bei dieser Untersuchung. Angaben über vergleichbare Zahlen bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Zustandsbilder konnten in der Literatur nicht gefunden werden. Die hier gefundenen relativen Häufigkeiten der jeweiligen Syndrome lassen sich jedoch nicht verallgemeinern, da auch der Auslesefaktor berücksichtigt werden muss. Depressive bzw. suicidgefährdete Patienten werden eher einer klinisch-psychiatrischen Behandlung zugeführt, so dass diese Syndrome mit insgesamt 51,1 % zwangsläufig in dieser Studie am häufigsten vertreten sind, während Patienten mit aggressiver Symptomatik eher mit dem Gesetz in Konflikt kommen und dann in Polizeigewahrsam genommen werden. Auch die vergleichsweise niedrige Zahl von Patienten mit manischem Syndrom (7,1 %) ist auf diesen Auslesefaktor zurückzuführen. Liegen nicht andere schwerwiegende Trunkenheitssymptome vor wie z.B. Bewusstseinsstrübung, schwere neurologische Störungen oder Orientierungsstörungen, besteht keine Notwendigkeit, sie in einer Klinik aufzunehmen, zumal dieses Zustands-

bild des Rausches allgemein toleriert wird.

Zunächst einmal soll dargestellt werden, inwieweit die in dieser Studie herausgestellten Zustandsbilder auch in der Literatur über akute Alkoholintoxikation beschrieben werden.

5.1.1. Depressives Syndrom

Das Auftreten einer depressiven Symptomatik im Rahmen einer akuten Alkoholintoxikation wird von vielen Autoren beschrieben, sowohl in Lehrbüchern (3,17,37) als auch in speziellen Arbeiten über die Symptomatik bei akuter Alkoholintoxikation (1,2,23).

Auch bei einer von NEWMAN (29) durchgeführten experimentellen Studie über die Wirkung von intravenös zugeführtem Alkohol (ohne dass die Mehrzahl der Patienten wusste, dass es sich um Alkohol handelt) trat bei einem Teil der Patienten ein depressives Syndrom auf.

Als Besonderheit fiel auf, dass die in der vorliegenden Untersuchung bei vielen Patienten gefundenen Mischzustände, nämlich das depressiv-ängstliche, das depressiv-gereizte, das depressiv-aggress-

sive und das depressiv-manische Syndrom, von mehreren Autoren angegeben wurden.

BINDER (1) wies in seiner Arbeit darauf hin, dass "solche vitalen Mischgefühle" schon im einfachen Rausch nichts seltenes seien. Die für den einfachen Rausch typische euphorische Grundstimmung weise Einschläge von Gereiztheit oder Depressivität auf, der für den komplizierten Rausch typischen gereizten Grundstimmung mische sich am häufigsten Depression und Angst bei und zu der im pathologischen Rausch ängstlichen Grundstimmung geselle sich gelegentlich ein depressiver Einschlag (1,2).

KIELHOLZ/BATTEGAY (17) sprechen von der "gereizten Depressivität" im einfachen Rausch und der im pathologischen Rausch überwiegenden "gereizt-ängstlich-depressiven Stimmung". Dabei ist anzumerken, dass für diese Autoren der Begriff "pathologischer Rausch" die qualitativ und quantitativ abnormen Räusche umfasst.

Depressivität ist danach sowohl beim einfachen als auch beim komplizierten und pathologischen Rausch zu finden und somit nicht geeignet, die Differentialdiagnose zwischen diesen Rauschtypen zu erleichtern. RASCH (30), der nicht zwischen

einfachen und abnormen Räuschen unterscheidet, stellt als einen Typ von Rauschzuständen die "depressiv-dysphorische Verstimmung" heraus, eine Bezeichnung, bei der sich jeder eine Vorstellung über das Zustandsbild des Patienten machen kann.

5.1.2. Suicidales Syndrom

15 % der Patienten wurden als suicidgefährdet angesehen. Dass Suicidalität bei akuter Alkoholintoxikation nicht weniger ernst genommen werden darf als bei nüchternen Patienten, zeigt die hohe Zahl von Suiciden und Suicidversuchen, die unter Alkoholeinfluss begangen werden. Nach einer Sammelstatistik von BONK (5) schwankt der Anteil von Selbstmorden unter alkoholischer Beeinflussung zwischen 2,3 und 91,3 %. Neuere Untersuchungen über die BAK bei Selbstmördern ergaben, dass 34 % (5) bzw. 39 % (12) zur Tatzeit unter akutem Alkoholeinfluss standen.

Von 677 Vergiftungsfällen einer Toxikologischen Abteilung, bei denen der Alkohol als erstes Gift angegeben worden war, waren 114 mit Selbstmordhandlungen verbunden (17 %) (9).

Eine Untersuchung von RINGEL und ROTTER (33) ergab, dass 11,5 % (1949) bis 14,9 % (1954) der untersuchten Patienten ihren Suicidversuch im Rausch durchgeführt hatten. Die Suicidversuche erfolgten sowohl in der ersten Enttömmung als auch am Höhepunkt des Rausches und in der sog. Katzenjammerstimmung bei fallendem Alkoholspiegel.

MAYFIELD und MONTGOMERY (24) untersuchten 34 Patienten, die mit Verletzungen, die sie sich bei einem Suicidversuch beigebracht hatten, aufgenommen worden waren. 29 (85 %) waren chronische Alkoholiker und davon 26 (76,5 %) akut intoxikiert. Die Autoren stellten zwei Verhaltensweisen heraus, mit denen die Suicidhandlung verbunden war:

- 1) den Abreaktionstyp, verbunden mit explosivem, aggressivem Verhalten und motorischer Überaktivität - zu Beginn des Trinkens oder bei schnellem Ansteigen der Trunkenheit. Diese Suicidversuche treten plötzlich und unvorhersehbar auf.
- 2) den depressiven Typ, verbunden mit psychomotorischer Verlangsamung und sozialem Rückzug nach einer länger andauernden Trinkperiode (mindestens 2 Wochen) Die Depression entwickelt sich allmählich.

Suicidhandlungen können also in jeder Phase der akuten Alkoholintoxikation erfolgen. Sie können plötzlich und unerwartet auftreten. Wie schnell sich

das Zustandsbild ändern kann, zeigen auch Beispiele der vorliegenden Arbeit. 2 der Patienten mit suizidalem Syndrom und 10 der Patienten mit depressivem Syndrom waren wegen aggressiven Verhaltens bzw. wegen eines Erregungszustandes aufgenommen worden.

Bei jedem alkoholintoxikierten Patienten sollte also an die Möglichkeit einer Suicidhandlung gedacht werden.

5.1.3. Aggressiv-erregtes Syndrom

Zu diesem Syndrom wurden in dieser Studie das verbal-aggressive Verhalten (8 Patienten), die aggressiven (17 Patienten) und hysterischen (5 Patienten) Erregungszustände zusammengefasst. Der Anteil macht insgesamt 9,3 % aus.

Insbesondere die Erregungszustände bei akuter Alkoholintoxikation werden in der Literatur sehr häufig beschrieben, wobei sie von den meisten Autoren den abnormen Rauschen zugerechnet werden, ja meist sogar als pathognomonisch für diese Rauschformen angesehen werden. So betonen BOWMAN und JELLINEK (6), dass Erregungszustände ("furor") nicht zum Bild einer gewöhnlichen Alkoholintoxikation gehören.

Diese Erregungszustände werden beschrieben als "Toben, Wüten" (3), "schwere motorische Entladung" (13), tobsuchtsartige Erregungszustände (15), tobsüchtige Entladungen (17). BINDER (2) spricht von abnormen Erregungszuständen, die meist verbunden seien mit einer gereizten Grundstimmung, unter der er eine "eigenartige, mit stärkster Spannung und Erregung gesättigte Unlust" versteht, die zu schweren Gewalttätigkeiten, umfangreichen Zerstörungen und eigentlichem Toben führen könne. Er berichtet auch von der hysterischen Ausgestaltung dieser Erregungszustände, die in einem hysterischen Anfall gipfeln, wie es auch in der vorliegenden Arbeit bei 5 Patienten beobachtet wurde.

Aber auch die weniger heftigen Zustandsbilder, wie sie das verbal-aggressive Verhalten ohne stärkere motorische Erregung darstellt, werden erwähnt, sie werden jedoch meist den "einfachen Rauschen" zugerechnet. Nach BINDER (2) kommt es im einfachen Rausch zu rasch vorübergehenden reaktiven Zornausfaltungen, bei denen es sich um motivierte seelische Einzelgefühle handele. Auch BONHOEFFER (4) machte darauf aufmerksam, dass auch im einfachen Rausch Brutalität und Reizbarkeit auftreten. Er wies jedoch darauf hin, dass eine Unterscheidung zum pathologischen Rausch schwer falle, wenn bei diesem Erregung

und Zornaffekt weniger stark seien. Auch BINDER (2) und BLEULER (3) betonten, dass die Grenze zwischen einfachem und kompliziertem bzw. pathologischem Rausch fließend sei. Es dürfte also einige Schwierigkeiten bereiten, wollte man die Patienten mit verbal-aggressivem Verhalten einer dieser bisher verwandten Rauschkategorien zuordnen.

5.1.4. Manisches Syndrom

Nach KRAEPELIN (20) ähneln die leichteren Formen des Rausches mit ihrer heiteren Verstimmung, Ideenflucht, Rededrang und Willenserregung durchaus den manischen Zuständen, von denen sie ausser dem Alkoholgeruch des Atems hauptsächlich nur die mehr oder weniger hervortretenden Lähmungserscheinungen, die Unsicherheit der Bewegungen und die Behinderung der Sprache unterscheiden. Dieses auch in der vorliegenden Arbeit beschriebene Bild mit euphorischer oder heiterer Stimmung, die häufig verbunden war mit Antriebssteigerung und Logorrhoe, wird von den meisten Autoren als das häufigste Zustandsbild des einfachen oder normalen Rausches betrachtet (1,3,17,19,47). In der Regel erreicht dieses Syndrom aber keine klinische Relevanz. Der Anteil macht daher in dieser

Studie auch nur 7,1 % bei den Leitsyndromen aus.

5.1.5 Dysphorisches Syndrom

Die 17 Patienten, bei denen dieses Syndrom im Vordergrund stand, wurden als mürrisch, gereizt oder dysphorisch bezeichnet. Sie zeigten jedoch keine offenen Aggressionen wie die Patienten mit verbal-aggressivem Verhalten. Diese offen gezeigten Aggressionen waren auch das Kriterium dafür, dass diese Patienten dem aggressiv-erregten Syndrom zugeordnet wurden.

Das Auftreten des dysphorischen Zustandsbildes bei akuter Alkoholintoxikation wurde ebenfalls von vielen Autoren bestätigt. Angeführt wurden Einschlüge von Gereiztheit im einfachen Rausch (1), die gereizte Gehässigkeit im gewöhnlichen Rausch (3) und die dysphorische Stimmung im gewöhnlichen Rausch (31).

Die gereizte Grundstimmung des komplizierten (2) bzw. des pathologischen Rausches (3), die mit offenen Aggressionshandlungen und schweren Erregungszuständen einhergeht, gehört dagegen zum aggressiv-erregten Syndrom.

Häufig tritt dieses Zustandsbild nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit

dem depressiven Zustandsbild auf.

5.1.6. Angst-Syndrom

Nur bei 2 Patienten bestimmte der ängstliche Affekt allein das Zustandsbild. Sehr häufig waren das depressive (22 Patienten) und das suicidale Syndrom (9 Patienten) mit Angst verbunden. Auch bei den deliranten und paranoid-halluzinatorischen Syndromen wurde bei insgesamt 6 Patienten ein ängstlicher Affekt angegeben.

Angst kommt nach BINDER (2) im einfachen Rausch überhaupt nicht vor, im komplizierten Rausch als Beimischung zur gereizten Grundstimmung. In der dämmrigen Form des pathologischen Rausches sei Angst der Grundton allen Erlebens, während die Grundstimmung in der deliriösen Form ängstlichen Charakter habe, ohne sich jemals zu jenen schweren Angstparoxysmen zu verdichten, wie sie beim dämmrigen Rausch vorkommen (1,2). Auch BLEULER (3) weist auf den ängstlichen Affekt des pathologischen Rausches hin, und nach HEILBRONNER (13) ist der häufig im pathologischen Rausch auftretende Angstaffekt dem Rausch an sich fremd.

Die Tatsache, dass beide Patienten - ausser leichten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei beiden und einer leichten Bewusstseinstörung bei einem Patienten - keine Symptome aufwiesen, wie sie für die Diagnose eines komplizierten bzw. pathologischen Rausches gefordert werden (z.B. ein Dämmerzustand, delirantes Syndrom, Verkenennung der Situation, schwere Erregungszustände oder schwere Bewusstseinstörungen), steht im Gegensatz zu der Ansicht von BINDER (1,2) und HEILBRONNER (13) nach denen Angst im sog. einfachen Rausch nicht vorkommt. Dies zeigt wieder einmal, wie schwierig es ist, die Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation in diese bisher verwandten Kategorien einzuordnen. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass ein Dämmerzustand auch leicht übersehen werden kann.

5.1.7. Andere Leitsyndrome

Bei den meisten Patienten dieser Gruppe standen die typischen Trunkenheitszeichen wie Bewusstseinstörung, Koordinations- und Sprachstörungen, sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Diese Störungen waren bei

diesen Patienten so bestimmend, dass die Affekte von ihnen überdeckt wurden.

Zustandsbilder, die in erster Linie durch Bewusstseinstörung und neurologische Störungen gekennzeichnet sind, werden von psychiatrischer Seite als "Lähmungsstadium" des einfachen Rausches bezeichnet (1,17,8) und von anästhesiologischer Seite - in Anlehnung an die Narkosestadien - als "hypnotisches Stadium" (38). WITTER (46) meinte, dass in den schweren und schwersten Rauschzuständen die individuellen sowie zeitlich bedingten Unterschiede zugunsten uniformer, überindividueller Reaktionsformen zurücktreten. Auch von anderen Autoren wird darauf hingewiesen, dass diese Stadien im allgemeinen mit einer höheren BAK korrelieren (38,22).

Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

Bei 3 von den 12 Patienten mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom waren diese Symptome am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation verschwunden, was darauf hindeutet, dass diese Symptome vor allem durch die akute Alkoholintoxikation verursacht worden waren. Es handelte sich dabei um 2 Patienten

ohne und 1 Patienten mit chronischem Alkoholabusus.

Bei den anderen 9 Patienten - alle waren chronische Alkoholiker - wurde in 8 Fällen eine Alkoholhalluzinose und in einem Fall eine "nicht näher bezeichnete Alkoholpsychose" diagnostiziert.

Die 3 Patienten, deren Symptomatik mit dem Ausklingen der akuten Intoxikation verschwand, zeigten Beziehungs- oder Verfolgungsideen. Bei dem Patienten mit chronischem Alkoholabusus wurden zusätzlich "fragliche optische Halluzinationen" angegeben. Eine Patientin berichtete, sie habe "Männer gesehen, die auf Balkonen stehen", was als optische Halluzination gewertet wurde, wobei unklar bleibt, ob es sich tatsächlich um Halluzinationen handelte.

FLEMING (11) schrieb, dass Wahn und Fehlinterpretationen unter akutem Alkoholeinfluss nichts seltenes seien. Nach BINDER (2) kommen Wahnideen - meist von paranoidem Charakter - sowohl im komplizierten als auch im pathologischen Rausch vor, wobei sie im pathologischen Rausch phantastischer und unmöglicher seien und häufiger zu einer Verkenennung der Gesamtsituation führen würden. Auch von BLEULER (3) werden "ängstliche, phantastische Befürchtungen und Beziehungsideen" im pathologischen Rausch angegeben. HEILBRONNER (13) berichtet vom "ängstlichen Beziehungs-

wahn" im pathologischen Rausch. In dieser Studie zeigten zwei der drei oben genannten Patienten ebenfalls einen ängstlichen Affekt. Bei einem war er mit hochgradiger Gereiztheit (vorher Erregungszustand) verbunden, bei der anderen Patientin mit einer depressiven Stimmung, die in einen euphorischen Zustand umschlug. Der dritte Patient (chronischer Alkoholiker) wurde als depressiv und latent suicidal bezeichnet, was mit einem komplizierten oder pathologischen Rausch vereinbar wäre.

Halluzinationen kommen nur beim pathologischen Rausch vor (2,3,13), entweder massenhaft im delirösen oder vereinzelt wie im dämmerigen Rausch (2). Eine Ausnahme bilden vereinzelte Reizhalluzinationen (1), wie z.B. schattenhafte Gestalten, Lichterscheinungen oder Rauschen, Läuten usw., die besonders bei chronischen Alkoholikern auch im einfachen Rausch auftreten.

Sollte es sich bei den beiden Patienten wirklich um Halluzinationen gehandelt haben, würden auch diese auf einen pathologischen Rausch hindeuten. Bei dem Patienten mit chronischem Alkoholabusus könnte es sich zwar nach BINDER (1) um die "Reizhalluzinationen" im einfachen Rausch handeln, doch das Auftreten der Verfolgungsideen ist damit nicht vereinbar.

Bei keinem der beiden Patienten wurde jedoch weder eine Bewusstseinsstörung noch eine Orientierungsstörung mit Verknennung der Situation festgestellt, wie sie zur Diagnose des pathologischen Rausches gefordert werden.

FLEMING (11) meinte, bei den meisten Halluzinationen während akuter Alkoholintoxikation handelte es sich um Psychosen des chronischen Alkoholikers wie das Delirium tremens oder die Alkoholhalluzinose, wobei das Auftreten der Alkoholhalluzinosen in enger Beziehung zum unmittelbar vorausgehenden Alkoholkonsum stünde. Dies zeigte sich auch in der vorliegenden Arbeit. Bei 9 der 12 Patienten klang die Symptomatik nicht mit der Intoxikation ab, und es wurde bei ihnen eine alkoholbedingte Psychose diagnostiziert.

Die Überlegung FLEMINGS, dass es sich meist um Psychosen des chronischen Alkoholikers handelt, trifft auch sicher auf die beiden Patienten mit chronischem Alkoholabusus zu, die ein delirantes Syndrom während der akuten Intoxikation aufwiesen. Von "deliriösem Rausch" wird nur gesprochen, wenn die Symptomatik abhängig ist von dem unmittelbar vorausgehenden Alkoholgenuss und mit der akuten Alkoholwirkung wieder verschwindet (2). Bei einem

der beiden Patienten war die delirante Symptomatik schon vor der akuten Intoxikation vorhanden, bei dem anderen dauerte das delirante Syndrom auch nach abgeklungener Intoxikation an, so dass es sich hier um ein Entzugsdelir handeln dürfte.

Der dritte Patient, kein Alkoholiker, entwickelte das delirante Syndrom nach einem Suicidversuch mit 40 Tabletten (Diphenhydramin und Guaifenesin) und 3 Liter Bier. Diphenhydramin kann bei Vergiftungen zu stärkerer Erregung und Halluzinationen führen. Bei dem Patienten bestand in der Tat vor Aufnahme ein Erregungszustand. Für die Entstehung dieses deliranten Syndroms war der Alkohol sicher nicht alleiniger ursächlicher Faktor, möglicherweise kam ihm jedoch eine potenzierende Wirkung zu.

Bei keinem der drei Patienten handelte es sich also um einen "delirösen Rausch" im oben angeführten Sinn, obwohl bei allen eine akute Alkoholintoxikation vorlag.

Zu den Diagnosen "pathologischer" und
"komplizierter" Rausch

Bei 5 Patienten wurde ein pathologischer und bei einem Patienten ein komplizierter Rausch dia-

gnostiziert. Bei vier von den 5 Patienten, bei denen ein pathologischer Rausch diagnostiziert wurde, lag keines der Symptome vor, die als unabdingbare Voraussetzung für die Diagnose eines pathologischen Rausches gelten. Es wurde weder ein Dämmerzustand noch ein delirantes Syndrom oder eine Orientierungsstörung mit Verkenennung der Situation beschrieben. Auch Wahn und Halluzinationen traten nicht auf. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Dämmerzustände häufig verkannt werden.

Bei zwei der vier Patienten bestand während der Intoxikation ein aggressiver Erregungszustand, so dass bei ihnen die Diagnose eines "komplizierten Rausches" in Frage gekommen wäre. Von den anderen beiden Patienten wurde der eine als "psychisch verhangen" beschrieben und der andere zeigte ein manisch-aggressives Syndrom (verbal-aggressiv). Bei beiden fällt eine Zuordnung in eine der konventionellen Rauschkategorien schwer.

Lediglich bei einem Patienten, bei dem ein pathologischer Rausch diagnostiziert wurde, kommt diese Diagnose in Frage. In der Klinik zeigte er zwar ausser Koordinationsstörungen keine Auffälligkeiten, vorher hatte er jedoch Angstzustände. Nach Verlassen einer Wirtschaft habe er den Weg nach Hause nicht mehr gefunden und sei herumgeirrt. Von einem Taxi dann nach Hause gebracht, sei ihm dort

alles verändert vorgekommen, alles sei ihm riesengross erschienen: die Wohnung, die Gardinen, seine Frau und auch seine Hände. Bei Aufnahme in der Klinik, die er selbst aufsuchte, waren diese Symptome verschwunden. Ob es sich hier um einen "besonnenen Dämmerzustand" handelte, ist im nachhinein schwierig festzustellen, so dass nicht gesagt werden kann, ob die Diagnose "pathologischer Rausch" gerechtfertigt ist.

Die Patientin, bei der ein komplizierter Rausch diagnostiziert wurde, zeigte vor Aufnahme einen aggressiven Erregungszustand, was mit dieser Diagnose zu vereinen ist.

Insgesamt gesehen kann also gesagt werden, dass die Diagnose eines "pathologischen Rausches" zu häufig und die Diagnose eines "komplizierten Rausches" eher zu selten gestellt worden ist. Nach BINDER hätte zumindest in den Fällen, in denen ein aggressiver oder hysterischer Erregungszustand vorlag, ein "komplizierter Rausch" diagnostiziert werden müssen, sofern nicht andere Symptome auf einen pathologischen Rausch hinweisen. Dies zeigt deutlich, welche Unsicherheit hinsichtlich der Diagnosestellung bei akuter Alkoholintoxikation herrscht, was aufgrund der verwirrenden Vielfalt der Rauscheinteilung nicht verwunderlich ist.

Bei den zahlreichen Zustandsbildern fällt es sehr schwer, sie den bisher verwandten Rauschzuständen zuzuordnen. Wesentlich einfacher und auch viel aussagekräftiger ist es, das jeweilige Zustandsbild, das im Vordergrund steht, in der Diagnose anzugeben, was bereits von mehreren Autoren (23,30,42,43) angeregt wurde. Nach den Ergebnissen bietet sich die folgende Einteilung der Rauschzustände an, die jedoch nicht als starres System zu verstehen ist, sondern weitere Differenzierungen zulässt:

Depressives Syndrom

Suicidales Syndrom

Aggressiv-erregtes Syndrom

Manisches Syndrom

Angst-Syndrom

Dysphorisches Syndrom

Bewusstseinsstrübung

Paranoid-Halluzinatorisches Syndrom

Delirantes Syndrom

D=ämmerzustand *)

Gedächtnisstörungen

Störungen der Orientierung

*) Dieses Zustandsbild wurde in der vorliegenden Studie nicht gefunden.

5.2. Syndromgenese

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass bei der Gestaltung der Symptomatik bei akuter Alkoholin- toxikation nicht allein der Alkohol als ursächlicher Faktor in Frage kommt, sondern auch andere Faktoren das Bild beeinflussen. Auch in der Literatur wird die individuelle Verschiedenheit des Rausches darauf zurückgeführt, dass neben der pharmakologischen Wirkung des Alkohols noch andere Faktoren wirksam werden. Genannt wird in erster Linie die Persönlichkeit, dann die körperliche Konstitution, die aktuelle körperliche und psychische Befindlichkeit, die aktuellen Erlebniskonstellationen und Konfliktsituationen, ausserdem Gesellschaft und Umgebung, in der getrunken wird (3,11,17,20,22,42,46). Aus der Vielzahl dieser Beeinflussungsmöglichkeiten geht schon hervor, wie schwierig es im einzelnen ist, die ursächlichen Faktoren zu finden, die den verschiedenen Zustandsbildern zugrunde liegen; und so finden sich in der Literatur fast keine Hinweise darauf, welche Zustandsbilder mit welcher Ursache verknüpft sind.

Gerade bei einer retrospektiven Untersuchung ist es sehr schwierig, die Bedeutung der einzelnen Faktoren und auch ihr Zusammenwirken zu werten, zumal einer der wichtigsten Faktoren, die Persönlich-

keitsstruktur, nicht untersucht werden konnte, da die Angaben in den Krankengeschichten darüber zu wenig umfassend waren. Trotzdem ergaben sich bei einigen Zustandsbildern Hinweise darauf, welche der untersuchten Faktoren hauptsächlich an ihrem Zustandekommen beteiligt sind.

5.2.1. Depressives Syndrom

Das Auftreten eines depressiven Syndroms zeigte sich bei der Untersuchung abhängig vom Geschlecht, bei Frauen trat es signifikant häufiger auf, von aktuellen Erlebniskonstellationen und Konfliktsituationen wie Partnerkonflikten, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit und - fasst man depressives und suicidales Syndrom zusammen - abhängig von der Stimmung vor dem Trinken, d.h. die Stimmung war schon vor Beginn des Trinkens signifikant häufiger depressiv.

Von den Frauen wurden signifikant häufiger Partnerkonflikte und eine depressive Stimmung vor dem Trinken angegeben. Da beides sehr häufig mit der Entwicklung einer depressiven Symptomatik verbunden war, ist dies möglicherweise der Grund dafür,

dass bei Frauen häufiger ein depressives Zustandsbild gefunden wurde.

Das Auftreten von Konflikten und die Reaktion auf Konfliktsituationen stehen natürlich in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur, die aber in der vorliegenden retrospektiven Studie nicht untersucht werden konnte. Die Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur zeigte sich auch bei NEWMANS (29) Experiment mit intravenös zugeführtem Alkohol. Die Patienten wurden in 3 Gruppen aufgeteilt: Eine "normale" Gruppe (9 Patienten), eine psychoneurotische Gruppe (32 Patienten) und eine schizophrene Gruppe (9 Patienten). Ein depressives Syndrom trat nur bei der psychoneurotischen (34 %) und bei der schizophrenen Gruppe (41 %) auf. Die Mehrzahl der Patienten wusste nicht, dass ihnen Alkohol infundiert wurde, um so die Erwartungen bezüglich der Alkoholkwirkung auszuschalten. Dieses Ergebnis zeigt sehr deutlich das Zusammenwirken des Pharmakons Alkohol und der Persönlichkeit der Patienten bei der Gestaltung der Symptomatik; das depressive Syndrom entwickelte sich nur bei Patienten, bei denen eine Psychoneurose oder eine Schizophrenie vorlag (Persönlichkeitsstruktur).

Bei experimentellen Untersuchungen des Trinkverhaltens von Alkoholikern trat trotz einer positiven Erwartung bezüglich der Alkoholwirkung - Besserung der Gefühle, der Gespräche und Beziehungen - eine depressive Symptomatik auf (25,28,39). Die Patienten gaben alle vorher an, sie würden trinken, um Angst und Depression zu vermindern, um entspannter und gelöster zu werden.

Zu Beginn des Trinkens stand zwar eine angenehme Wirkung im Vordergrund, nach einigen Stunden bestimmten jedoch Angst und Depression das Bild, die sich mit anhaltender Trinkdauer weiter vertiefte und bei manchen sogar zu Suicidgedanken führte (39).

In der vorliegenden Arbeit wurde bei Patienten mit chronischem Alkoholabusus häufiger (38,4 %) ein depressives Syndrom gefunden als bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus (26,5 %), der Unterschied fiel allerdings nicht signifikant aus. Da bei den chronischen Alkoholikern nicht häufiger aktuelle Konfliktsituationen beschrieben wurden, die diesen Unterschied erklären würden, ist anzunehmen, dass die meisten sich in einer solchen schon länger andauernden Trinkperiode befanden, wie sie von den oben genannten Autoren experimentell erzeugt wurde.

Diese bei lang andauernden Trinkexzessen auftretende depressive Symptomatik ist nach Ansicht von TAMERIN und MENDELSON (39) zurückzuführen auf:

- 1) das Wiederauftauchen schmerzlicher, früher verdrängter Erfahrungen und Affekte
- 2) Schuldgefühle wegen des erneuten Trinkens
- 3) das Auftreten Angst provozierender Impulse in Verbindung mit der Schwächung früherer Abwehrmechanismen und
- 4) die Angst vor den drohenden physischen und psychischen Entzugserscheinungen.

Dass das depressive Syndrom bei akuter Alkoholintoxikation nicht allein Ausdruck der bei chronischen Alkoholikern häufig beschriebenen depressiven Reaktion auf soziale und persönliche Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs ist (8,22), sondern auch auf die pharmakologische Wirkung des Alkohols zurückzuführen ist, geht auch daraus hervor, dass ein depressives Syndrom bei den akut intoxikierten Alkoholikern signifikant häufiger auftrat als bei den nicht intoxikierten chronischen Alkoholikern. Offensichtlich kommt es erst durch die enthemmende Wirkung des Alkohols zur Freisetzung verdrängter, unbewusster Inhalte, so dass dem Alkohol als Auslöser eines depressiven Syndroms eine grosse Rolle zukommt.

5.2.2. Suicidales Syndrom

Betrachtet man die Ergebnisse, scheint es, dass für die Entwicklung eines suicidalen Syndroms in den meisten Fällen hauptsächlich andere Faktoren als der Alkohol verantwortlich sind.

Darauf weist hin, dass sich auch hier ein enger Zusammenhang zwischen Zustandsbild und aktuellen Konfliktsituationen nachweisen liess, bei chronischen Alkoholikern signifikant häufiger ein suicidales Syndrom auftrat, von diesen Patienten signifikant häufiger frühere Suicidversuche angegeben wurden und dass bei diesen Patienten gegenüber den anderen Syndromen signifikant häufiger am Tag nach der akuten Intoxikation dasselbe Zustandsbild beschrieben wurde.

Welche grosse Rolle auch hier die pharmakologische Wirkung des Alkohols spielt, geht daraus hervor, dass die akut intoxikierten chronischen Alkoholiker signifikant häufiger ein suicidales Syndrom aufwiesen als die nicht intoxikierten Alkoholiker, und dass bei 12 Patienten am Tag nach der akuten Alkoholintoxikation eine Besserung des Zustandsbildes beschrieben wurde.

Es ist allerdings fraglich, ob bei den Patienten, bei denen am nächsten Tag keine Suicida-

lität mehr festzustellen war, das Auftreten des suicidalen Syndroms nur durch den Alkohol bedingt wurde. BINDER (1,2) meinte, dass sich beim einfachen Rausch immer starke und abnorme Suicidtendenzen, die schon vorher im nüchternen Zustand bestanden, nachweisen liessen. Im komplizierten Rausch jedoch sei in der Mehrzahl der Fälle der Suicidimpuls lediglich als unmittelbarer Ausdruck der unerträglichen, vitalen Stimmungsdysphorie aufzufassen, und nur in einzelnen Fällen seien hier schon in nüchternem Zustand intensiv verdrängte Selbstmordtendenzen vorhanden.

RINGEL und ROTTER (33) dagegen führen die Tatsache, dass viele Patienten auch bei sehr eingehender Exploration frühere Selbstmordabsichten und -gedanken entschieden ablehnen, darauf zurück, dass diese Selbstaggressionstendenzen tief ins Unbewusste verdrängt wurden. Gehen einem Rausch psychische Belastungen und Konfliktsituationen voraus, könne es während der akuten Intoxikation zu suicidalen Handlungen kommen. Ist die Alkoholwirkung dann wieder abgeklungen, so würden die Suicidtendenzen wieder verdrängt und der Patient erscheine nicht mehr suicidal.

Auch nach Untersuchungen REIMERS (32) ist die Tat meistens unmittelbare Folge irgend einer

manchmal bedeutungslosen Frustration. Sie sei aber gleichzeitig "autoaggressive Entladung eines chronischen Aufbegehrens gegen die gesamte Lebenssituation". Der angegebene Anlass und auch die enthemmende Alkoholwirkung sind danach nur auslösende und begünstigende Faktoren.

Der hohe Anteil der chronischen Alkoholiker am suicidalen Syndrom ist durch den Zusammenhang zwischen Selbstmord und Sucht zu erklären, auf den schon von vielen Autoren hingewiesen wurde (10,34, 26,44). Immer wieder wird MENNINGER (26) zitiert, der den Alkoholismus als eine Form des chronischen Selbstmordes auffasst.

FEUERLEIN (10) schreibt: "Sucht und Selbstmordhandlungen sind eng miteinander verschränkte Verhaltensweisen, die beide autodestruktiv verlaufen. Sie haben beide ein ähnliches, aber nicht völlig identisches Bedingungsgefüge. Sucht kann Selbstmord begünstigen bzw. verursachen. Während Sucht immer einen langen Prozess darstellt, ist die Selbstmordhandlung im eigentlichen Sinn des Wortes ein punktueller Abschluss einer solchen langen Entwicklung."

Die Suicidrate der Alkoholiker ist gegenüber der Gesamtbevölkerung stark erhöht. Die Werte schwanken zwischen einer 12 mal (45) und 75-85 mal (16)

höheren Suicidalität bei Alkoholikern. Nach RUSHING (36) liegt die Zahl der Selbstmordversuche bei chronischen Alkoholikern zwischen 13 und 46 %. Der Selbstmord wird nach der Leberzirrhose als die zweithäufigste Todesursache des chronischen Alkoholikers angesehen (8).

BONK (5) fand bei seiner Untersuchung, dass die Alkoholiker zur Tatzeit wesentlich häufiger unter Alkoholeinfluss standen (70,5 %) als dies im Gesamtmaterial der Fall war (34,4 %). Auch RINGEL und ROTTER (33) wiesen darauf hin, dass Suicidhandlungen von chronischen Trinkern in der überwiegenden Mehrzahl im Rausch durchgeführt werden. Der Übergang von der chronischen Selbstzerstörung zur akuten Handlung sei gegeben, wenn durch den Alkoholismus irreversible Fakten gesetzt wurden: Sozialer Abstieg, zunehmende Isoliertheit und sekundäre Schuldgefühle infolge des Alkoholismus, die nach einer stärkeren Form der Selbstbestrafung verlangen, als sie der chronische Alkoholabusus darstellt. Der akuten Alkoholwirkung kommt dann wieder die Rolle als Auslöser der direkten Selbstmordhandlung zu (33).

5.2.3. Aggressiv-erregtes Syndrom

Das aggressiv-erregte Syndrom trat bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus signifikant häufiger auf als bei den chronischen Alkoholikern. Die Ursache könnte darin liegen, dass die chronischen Alkoholiker aufgrund ihrer Erfahrungen, ihrer Lebenssituation und ihrer Persönlichkeit eher zu Selbstaggressionstendenzen neigen, was sich dann in einem suicidalen Syndrom äussert, das ja in dieser Untersuchung auch wesentlich häufiger bei chronischen Alkoholikern auftrat.

Auch beim aggressiv-erregten Syndrom fand sich ein enger Zusammenhang mit dem Trinkmotiv: Es trat signifikant häufiger nach einem Streit oder einer Feier auf. Die bei einem Streit aufgestauten Aggressionen werden durch die enthemmende Wirkung des Alkohols freigesetzt, wobei diese Patienten noch dazu in der Lage waren, ihre Aggressionen nach aussen abzuführen im Gegensatz zu den Patienten, bei denen ein suicidales Syndrom auftrat.

Auch bei den Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom waren Konfliktsituationen gegeben, jedoch bei weitem nicht so häufig wie beim depressiven und suicidalen Syndrom. Der Grund dafür kann auch darin

liegen, dass Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom häufiger nur eine Aufenthaltsdauer von unter 24 Stunden hatten (57 %), während Patienten mit depressivem und suicidalem Syndrom in der Mehrzahl (61 %) länger in der Klinik blieben, so dass bei ihnen eine ausführlichere Anamnese erhalten werden konnte.

So ist es fraglich, ob die geringere Häufigkeit von aktuellen Konfliktsituationen als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass die Entwicklung eines aggressiv-erregten Syndroms in erster Linie vom Alkohol und nicht von anderen Faktoren abhängig ist. Auch in der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass neben dem Alkohol auch noch andere Faktoren das Auftreten dieses Zustandsbildes beeinflussen. Nach den üblichen Rauscheinteilungen gilt das aggressiv-erregte Syndrom meist als Ausdruck eines komplizierten oder pathologischen Rausches, für deren Auftreten eine angeborene oder erworbene Disposition (z.B. Epilepsie, Hysterie, Psychopathien, Schizophrenien, Oligophrenie, Schädel-Hirn-Trauma, chronischer Alkoholismus) sowie akzidentelle, vorübergehende Dispositionen (Hitze, Kälte, Hunger, Überanstrengung, Übermüdung, und am häufigsten Affekte, wie z.B. "in den Zorn hineintrinken") angenommen werden (2,3,13,20).

Welche Bedeutung dem Alkohol bei der Entstehung einer aggressiven Symptomatik zukommt, zeigen experimentelle Untersuchungen. BOYATZIS (7) fand bei "experimentellen Parties", bei denen jeweils nur Spirituosen oder Bier oder nicht alkoholische Getränke angeboten wurden, dass die Versuchspersonen, die Alkohol getrunken hatten, signifikant mehr aggressives Verhalten untereinander zeigten als die Versuchspersonen, die keinen Alkohol getrunken hatten, wobei mit höherer BAK auch das aggressive Verhalten häufiger wurde. Dies könnte auch erklären, dass bei der vorliegenden Untersuchung das aggressiv-erregte Syndrom signifikant häufiger nach einer Feier auftrat, wenn davon ausgegangen wird, dass bei solchen Anlässen meist sehr viel Alkohol getrunken wird.

Auch bei Experimenten, bei denen die Aggressivität anhand der Intensität von Schocks gemessen wurde, die Versuchspersonen einander zufügten, konnte festgestellt werden, dass intoxikierte Versuchspersonen aggressiver reagierten als Versuchspersonen, die einen "Placebo-Cocktail" erhalten hatten (40), und dass eine hohe Alkoholdosis Aggressionen eher provoziert, während niedrige Dosen Aggressionen eher zu hemmen scheinen (41). Die nicht intoxikierte Kontrollgruppe gab stärkere Schocks als die "Niedrig-Dosis-Gruppe".

Die Versuchspersonen standen aufgrund der experimentellen Situation unter dem Druck, Aggressivität zeigen zu müssen, so dass damit nur die Stärke der Aggressionen gemessen werden konnte, jedoch nicht, ob die Versuchspersonen ohne den experimentellen Druck überhaupt aggressiv reagieren würden. Dass Alkohol nicht allein aggressives Verhalten auslöst, sondern dass noch andere Faktoren dazukommen müssen, kann auch daraus geschlossen werden, dass von NEWMAN bei seiner Untersuchung mit intravenös zugeführtem Alkohol kein aggressiv-erregtes Zustandsbild beschrieben wurde (29).

Zusammenfassend kann wohl gesagt werden, dass wahrscheinlich gewisse Dispositionen -seien es die oben zitierten psychischen und körperlichen Störungen, seien es tief verdrängte Aggressionstendenzen- und auch aktuelle Auslöser vorhanden sein müssen, damit sich ein aggressiv-erregtes Syndrom entwickelt. Aber erst durch den Alkoholkonsum wird dieses Zustandsbild manifest. Dass bei keinem der Patienten dieses Zustandsbild auch nach der Intoxikation noch festzustellen war - wie es beim depressiven und suicidalen Syndrom häufig der Fall war - weist darauf hin, dass der Alkohol bei der Gestaltung des aggressiv-erregten Zustandsbildes gegenüber den ande-

ren Faktoren eine wesentlich grössere Rolle spielt.

5.2.4. Manisches Syndrom

Das Auftreten dieses Zustandsbildes zeigte sich nur abhängig vom akuten Alkoholeinfluss. Bei den akut intoxikierten Alkoholikern trat signifikant häufiger ein manisches Syndrom auf als bei den nicht Intoxikierten. Andere ursächliche Faktoren liessen sich nicht nachweisen, so dass angenommen werden kann, dass dieses Zustandsbild allein auf die pharmakologische Wirkung des Alkohols zurückzuführen ist. Auch NEWMANS (29) Untersuchungen mit intravenös zugeführtem Alkohol bestätigen dies. 100 % der normalen Gruppe und 78 % der psychoneurotischen Gruppe wurden zunehmend logorrhöisch. 33 % der normalen und 25 % der psychoneurotischen Gruppe waren euphorisch, wofür bei diesen Untersuchungen auch nicht die "Stimmung in der fröhlichen Gesellschaft" oder die Erwartungshaltung verantwortlich gemacht werden kann. Die Versuchspersonen dieser Untersuchung waren alle Krankenhauspatienten und hätten eher Anlass gehabt, eine depressive Reaktion zu zeigen.

Auch die Tatsache, dass mit dem Alkoholgenuss dieses Zustandsbild geradezu angestrebt wird, um "Kummer und Sorgen" zu vergessen, weist darauf hin, dass das manische Syndrom allein durch den Alkohol verursacht wird.

5.2.5. Dysphorisches Syndrom

Die Untersuchung erbrachte keinen Hinweis darauf, von welchen Faktoren das Auftreten dieses Zustandsbildes abhängig ist. Es trat etwa gleich häufig auf bei Patienten ohne und mit chronischem Alkoholabusus, sowie bei den akut intoxikierten und nicht intoxikierten chronischen Alkoholikern. Es zeigte sich keine Abhängigkeit von Konfliktsituationen, die RAUCH (31) neben "inneren Spannungen" als Disposition für einen dysphorischen Rausch angab.

5.2.6. Angst-Syndrom

Nur zwei Patienten boten dieses Syndrom, so dass angesichts dieser geringen Fallzahl die Syndromgenese nicht abzuklären ist.

5.2.7. Andere Leitsyndrome

Das Lähmungsstadium oder auch hypnotische Stadium der akuten Alkoholintoxikation ist allein auf die narkotische Wirkung des Alkohols zurückzuführen, da dieses Stadium im allgemeinen mit einer höheren BAK korreliert (22,38,46).

An anderer Stelle (S.81 und 83) wurde darauf hingewiesen, dass bei den Patienten dieser Untersuchung das Auftreten von Wahn und Halluzinationen sowie eines deliranten Syndroms in der Mehrzahl nicht Folge der akuten Alkoholintoxikation war, sondern Ausdruck einer chronischen Alkoholpsychose. Diese Symptome kommen nach der Literatur nur bei den abnormen Räuschen vor, für deren Auftreten dauerhafte

und akzidentelle Dispositionen angenommen werden, zu denen auch der chronische Alkoholabusus gehört. Chronischer Alkoholabusus lag auch bei einem der drei Patienten vor, deren paranoide Symptomatik mit Ausklingen der akuten Intoxikation verschwand. Der 2. Patient, schon einige Male vorbestraft wegen Einbruchdiebstahls, soll nach der Fremdanamnese in der vorausgegangenen Zeit zunehmend aggressiv und reizbar geworden sein. Beim dritten Fall, einer Frau, war zu erfahren, dass sie sich früher bereits in psychiatrischer Behandlung wegen "privater und beruflicher Probleme" befand. Da alle drei Patienten schon am Tag nach der akuten Intoxikation entlassen wurden, konnte auch nicht untersucht werden, ob noch andere Dispositionen vorlagen, wie z.B. eine Persönlichkeitsstörung. Dass bei diesen Patienten am nächsten Tag die paranoide Symptomatik verschwunden war, weist darauf hin, dass zwar Dispositionen vorhanden sein können, dass das Erscheinen der Symptomatik jedoch abhängig war von der akuten Alkoholwirkung.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass das delirante Syndrom des Patienten, bei dem kein chronischer Alkoholabusus vorlag, wahrscheinlich durch Medikamente (40 Tabletten Diphenhydramin und Guaifenesin) verursacht wurde.

Insgesamt betrachtet kann lediglich beim manischen Syndrom und bei Zustandsbildern mit Bewusstseinstrübung sowie neurologischen Störungen der Alkohol als Hauptursache für das Auftreten der Symptomatik angesehen werden. Bei allen anderen Zustandsbildern kommt als Ursache eine Vielzahl von Faktoren in Betracht, die in einem schwer überschaubaren Zusammenspiel das jeweilige Zustandsbild gestalten, wobei dem Alkohol jedoch zumeist die Rolle des Auslösers zukommt.

Berücksichtigt man, dass das psychopathologische Zustandsbild nicht nur auf der Alkoholwirkung beruht, sondern dass dahinter häufig Konflikte und Probleme stehen, wie es sich insbesondere beim depressiven und suicidalen Syndrom darstellt, erscheint es nicht mehr gerechtfertigt, von einem "einfachen", "normalen" oder "gewöhnlichen" Rausch zu sprechen. Als wesentlich informativer erweist sich die an der Psychopathologie orientierte Diagnose wie "depressives Syndrom bei akuter Alkoholintoxikation und Partnerkonflikt". Bei der Diagnose "normaler Rausch" entsteht leicht die Fehleinschätzung, dass nichts Besonderes vorlag und dass das Zustandsbild allein durch die Alkoholwirkung verursacht wurde. Mit der differenzierteren Diagnose "depressives Syndrom bei aku-

ter Alkoholintoxikation und Partnerkonflikt" wird jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass die depressive Symptomatik nicht allein auf den Alkohol zurückzuführen ist, sondern Probleme und Konflikte vorliegen, die andere therapeutische Konsequenzen erfordern.

6. Zusammenfassung

Mit der am meisten verwandten Rauscheinteilung in einfachen (normalen, gewöhnlichen), komplizierten und pathologischen Rausch wird die Vielfalt der psychopathologischen Zustandsbilder der akuten Alkoholintoxikation nur unzureichend wiedergegeben. In der Literatur herrscht zudem Uneinigkeit darüber, welche Zustandsbilder der akuten Alkoholintoxikation den einzelnen Rauschformen zuzuordnen sind. Deshalb sollte untersucht werden, ob sich psychopathologische Zustandsbilder abgrenzen lassen, anhand derer eine aussagekräftigere und eindeutige Rauscheinteilung vorgenommen werden kann. Zur Abklärung der psychopathologischen Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation wurden die Krankengeschichten von 323 Patienten ausgewertet, die bei Aufnahme in der Klinik eine akute Alkoholintoxikation aufwiesen.

In Anlehnung an die von HIPPIUS (14) beschriebenen Syndrome liessen sich in der vorliegenden Studie bei den 323 Patienten anhand der psycho-

pathologischen Leitsymptome die folgenden Zustandsbilder bei akuter Alkoholintoxikation abgrenzen:

depressives Syndrom	35,9 %
suicidales Syndrom	15,2 %
aggressiv-erregtes Syndrom	9,3 %
Bewusstseinstrübung	7,7 %
manisches Syndrom	7,1 %
dysphorisches Syndrom	5,3 %
paranoid-halluzinat. Syndrom	3,7 %
Gedächtnisstörungen	1,9 %
Störungen der Orientierung	1,6 %
delirantes Syndrom	0,9 %
Angst-Syndrom	0,6 %

In den übrigen Fällen (10,8 %)handelte es sich um neurologische Störungen, nicht zuordbare Zustandsbilder oder einen unauffälligen Befund.

Auffällig war, dass das depressive und das suicidale Syndrom zusammen knapp über die Hälfte aller Fälle ausmachen (51,1 %). Dieses Ergebnis lässt sich aber sicherlich auf einen Auslesefaktor zurückführen, da depressive bzw. suicidgefährdete Patienten eher einer klinisch-psychiatrischen Behandlung zugeführt werden als Patienten, bei denen ein anderes Syndrom im Vordergrund steht.

Von den 30 Patienten mit aggressiv-erregtem Syndrom zeigten 8 Patienten verbal aggressives Verhalten, 17 einen aggressiven Erregungszustand und 5 einen hysterischen Erregungszustand.

Bei 9 von den 12 Patienten mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom lag eine Alkoholhalluzinose bzw. eine andere Alkoholpsychose im Rahmen des chronischen Alkoholabusus vor, so dass bei diesen Patienten das Auftreten dieses Zustandsbildes nicht unbedingt im Zusammenhang mit der akuten Alkoholintoxikation gesehen werden kann.

Dem deliranten Syndrom lag ebenfalls in zwei Fällen ein chronischer Alkoholismus zugrunde, in einem weiteren Fall bestand neben der Alkohol-

intoxikation eine Schlafmittelintoxikation.

Bei fünf Patienten wurde ein pathologischer Rausch vom behandelnden Arzt diagnostiziert. Bei keinem dieser Patienten wurde jedoch in der Krankengeschichte eines der Symptome beschrieben, die als unabdingbare Voraussetzung für die Diagnose eines pathologischen Rausches gelten, nämlich der Dämmerzustand, das delirante Syndrom oder eine Orientierungsstörung mit Verknennung der Situation.

In nur einem Fall, bei einer Patientin mit depressivem Syndrom, die wegen eines Erregungszustandes eingewiesen worden war, wurde ein komplizierter Rausch diagnostiziert.

Dies verdeutlicht nochmals, welche Unsicherheit bei der Zuordnung der verschiedenen Zustandsbilder zu den konventionellen Rauschzuständen besteht. Die oben dargestellten Syndrom-Diagnosen hingegen sind wesentlich einfacher zu stellen und lassen zudem sofort erkennen, welche psychopathologische Symptomatik bei dem akut alkoholintoxikierten Patienten im Vordergrund stand.

Das zweite Ziel der Arbeit war, Aufschlüsse über die Syndromgenese zu erhalten. Es wurde versucht festzustellen, welche Faktoren neben dem Alkohol die Art des Zustandsbildes beeinflussen. In diese Untersuchung wurden einbezogen Alter, Geschlecht, Trinkmotiv, Stimmung vor dem Trinken, frühere Suicidversuche, Befund am Tag nach der Aufnahme, Aufenthaltsdauer, Hirnschädigung, Getränkeart, zusätzliche Einnahme von Medikamenten, sowie der chronische Alkoholismus. Zur Abklärung des Einflusses des chronischen Alkoholabusus auf die Gestaltung des Zustandbildes wurden zum Vergleich die Krankengeschichten von 277 chronischen Alkoholikern ausgewertet, die bei der Aufnahme in der Klinik nicht akut intoxikiert waren. Von den 323 Patienten mit akuter Alkoholintoxikation waren 255 (79 %) chronische Alkoholiker. Der statistische Vergleich der Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Zustandsbilder in diesen beiden Gruppen liess statistisch bedeutsame Korrelationen zwischen dem Auftreten bestimmter Syndrome und dem chronischen Alkoholabusus bzw. dem akuten Alkoholeinfluss erkennen.

Das depressive Syndrom trat signifikant häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Ausserdem

liess sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieses Syndroms und aktuellen Konfliktsituationen nachweisen.

Auch beim suicidalen Syndrom zeigte sich ein enger Zusammenhang mit aktuellen Konfliktsituationen. Von diesen Patienten wurden signifikant häufiger frühere Suicidversuche angegeben. Bei chronischen Alkoholikern trat dieses Zustandsbild signifikant häufiger auf. Ausserdem wurde bei Patienten mit sucidalem Syndrom im Gegensatz zu den anderen Syndromen signifikant häufiger am Tag nach der akuten Intoxikation dasselbe Zustandsbild beschrieben. Aus diesen Ergebnissen lässt sich der Schluss ziehen, dass beim suicidalen Syndrom andere Faktoren als der Alkohol für die Entwicklung der Symptomatik verantwortlich sind. Auf die Bedeutung des Alkohols als Auslöser besonders des suicidalen Syndroms wurde in der Literatur von vielen Autoren hingewiesen.

Fasst man depressives und sucidales Syndrom zusammen, waren diese Zustandsbilder bei chronischen Alkoholikern (56,1%) signifikant häufiger zu finden als bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus (32,4 %). Im Vergleich zu den übrigen Syndromen fand

sich ausserdem signifikant häufiger eine depressive Stimmung oder Suicidalität bereits vor dem Trinken.

Das aggressiv-erregte Syndrom trat dagegen signifikant häufiger auf bei Patienten ohne chronischen Alkoholabusus (17,6 %) als bei Patienten mit chronischem Alkoholabusus (7,1 %). Im Vergleich zu den anderen Syndromen ging dem aggressiv-erregten Syndrom signifikant häufiger ein Streit oder eine Feier voraus.

Beim manischen Syndrom fand sich keine statistisch signifikante Korrelation zu einem der untersuchten Faktoren, so dass der Alkohol als Hauptursache für das Auftreten dieses Zustandsbildes angesehen werden kann.

Depressives, suicidales, aggressiv-erregtes und manisches Syndrom traten bei den akut intoxikierten Alkoholikern signifikant häufiger auf als bei den nicht intoxikierten Alkoholikern. Dies weist auf die Bedeutung des Alkohols bei der Syndromgenese hin.

Insgesamt liess sich somit zeigen, dass sowohl der Alkohol als auch andere Faktoren an der Gestaltung des psychopathologischen Zustandsbildes der akuten Alkoholintoxikation beteiligt sind. Die multifaktorielle Syndromgenese trifft insbesondere bei dem depressiven Syndrom, dem suicidalen Syndrom und dem aggressiv-erregten Syndrom zu.

Zusammenfassend betrachtet zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass sich aus klinischer Sicht psychopathologische Zustandsbilder der akuten Alkoholintoxikation abgrenzen lassen, die als Syndrom-Diagnose verwendet werden können statt der gebräuchlichen unscharfen Begriffe "normaler, komplizierter und pathologischer Rausch". Diese Syndromdiagnosen machen auch darauf aufmerksam, dass bei der Gestaltung einiger Zustandsbilder nicht nur der Alkohol, sondern auch andere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen können. Diese Ergebnisse im klinischen Bereich sollten Anlass dazu geben, die Verwendung der herkömmlichen Begriffe in der forensischen Psychiatrie zu überdenken.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 BINDER, H.: Über alkoholische Rauschzustände.
Schweiz.Arch.Neurol.Psychiat. 35, 209-228
(1935)
- 2 BINDER, H.: Über alkoholische Rauschzustände.
Schweiz.Arch.Neurol.Psychiat. 36, 17-51 (1936)
- 3 BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975
- 4 BONHOEFFER, K.: Die akuten Geisteskrankheiten
der Gewohnheitstrinker. Jena 1901
- 5 BONK, K.: Selbstmord und Alkohol unter be-
sonderer Berücksichtigung der alkoholischen
Beeinflussung zur Tatzeit. Inaug.Diss. Köln
1973
- 6 BOWMAN, K.M., JELLINEK, E.M.: Alcoholic
Mental Disorders. Quart.J.Stud.Alc. 2,
312-390 (1941)
- 7 BOYATZIS, R.E.: The Effect of Alcohol
Consumption on the Aggressive Behavior
of Men.Quart.J.Stud.Alc. 35, 959-972
(1974)
- 8 FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Missbrauch
und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart 1975

- 9 FEUERLEIN, W.: Psychiatrische Notfälle bei
akuter Alkoholintoxikation. Therapiewoche 28,
2913-2919 (1978)

- 10 FEUERLEIN, W.: Sucht und Selbstmordhandlungen.
In: Sucht und Suicid, Freiburger Sozialthera-
piewoche 1976, Lambertus, Freiburg 1976

- 11 FLEMING, R.: A Psychiatric Concept of Acute
Alcoholic Intoxication. Amer.J.Psychiat. 92,
89-108 (1935)

- 12 HANSEL, W.: Die alkoholische Beeinflussung
beim Selbstmord. Inaug.Diss. Düsseldorf 1972

- 13 HEILBRONNER, K.: Über pathologische Rausch-
zustände. Münchn.Med.Wschr. 24, 962-965,
25, 1013-1016 (1901)

- 14 HIPPIUS, H.: Psychiatrie. Springer, Berlin,
Heidelberg, New York 1979.

- 15 HOFF, H.: Der akute und chronische Alkoholis-
mus. Med.Klinik 36, 1425-1429 (1954)

- 16 KESSEL, N., GROSSMAN, G.: Suicide in Alcoholics.
Brit.Med.J. 23, 1671-1672 (1961)

- 17 KIELHOLZ, P. BATTEGAY, R.: Die akuten Alkoholintoxikationen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Band II/2, K.P.Kisker, J.-E.Meyer, M.Müller, E.Strömberg, (Hrsg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972
- 18 KLEIN, H.: Alkohol und Medikamente. Fortschr. Med. 82, 169-172, 335-337 (1964)
- 19 KOLLE, K.: Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1967
- 20 KRAEPELIN, E.: Psychiatrie Band II, Leipzig 1927
- 21 LICKINT, F.: Die Auslösung abnormer Alkoholreaktionen durch Medikamente. Therapiewoche 7, 414-418 (1957)
- 22 LUNDQUIST, G.A.R.: Die nichtpsychotischen akuten Alkoholintoxikationen. In: Psychiatrie der Gegenwart Band II/2, K.P.Kisker, J.-E. Meyer, M.Müller, E.Strömberg, (Hrsg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972
- 23 MAY, Ph.R.A., EBAUGH, F.G.: Pathological Intoxication. Alcoholic Hallucinosi, and other Reactions to Alcohol. Quart.J.Stud. Alc. 14, 200-227 (1953)

- 24 MAYFIELD,D.G., MONTGOMERY,D.: Alcoholism,
Alcohol Intoxication, and Suicide Attempts.
Arch.Gen.Psychiat. 27, 349-353 (1972)
- 25 MCNAMEE,B., MELLO,N.K., MENDELSON,J.H:
Experimental Analysis of Drinking Patterns
of Alcoholics: Concurrent Psychiatric
Observations.Amer.J.Psychiat. 124,
1063-1069 (1968)
- 26 MENNINGER,K.: Selbsterstörung. Suhrkamp,
Frankfurt a. Main 1974
- 27 MENDE,W.: Forensische Psychiatrie in der
Bundesrepublik Deutschland.
In: Lehrbuch der Psychiatrie, Bleuler,E.,
Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975
- 28 NATHAN,P.E., LOWENSTEIN,L.M., et. al.:
Behavioral Analysis of Chronic Alcoholism.
Arch.Gen.Psychiat. 22, 419-430 (1970)
- 29 NEWMAN, H.W.: Alcohol injected intravenously.
Amer.J.Psychiat. 91, 1343-1352 (1935)
- 30 RASCH, W.: Qualität und Erlebnis=tönung
forensisch relevanter Rauschzustände.
Blutalkohol 3, 583-590 (1966)
- 31 RAUCH, H.: Alkoholismus. In: Handwörterbuch
der Rechtsmedizin, Band II, Enke Stuttgart 1974

- 32 REIMER, F.: Selbstmord und Selbstmordversuch im Alkoholrausch. Z.Psycho-som.Med. 10, 189-191 (1964)

- 33 RINGEL,E., ROTTER,H.: Zum Problem des Selbstmordversuches im Rausch. Wien.Z.Nervenheilk. 13, 406-416 (1957)

- 34 RINGEL,E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Brüder Hollinek, Wien 1961

- 35 ROMMENNEY,G.: Ungewöhnliche Formen des Alkoholrausches. Dtsch.Z.gerichtl.Med. 41, 277-288 (1952)

- 36 RUSCHING,W.: Alcoholism and Suicide Rates by Status Set and Occupation. Quart.J.Stud. Alc. 29, 399-412 (1968)

- 37 SCHULTE,W., TÖLLE,R.: Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975

- 38 SCHULZ,V., et al.: Die Alkoholintoxikation - Erkennung und Abgrenzung gegenüber anderen Vergiftungen. In: Frey,R.: Die Alkoholvergiftung, Anästhesiologie und Wiederbelebung 97, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1976

- 39 TAMERIN, J.S., MENDELSON, J.H.: The Psycho-
dynamics of Chronic Inebriation: Observa-
tions of Alcoholics During the Process of
Drinking in an Experiment Group Setting.
Amer.J.Psychiat. 125, 886-899 (1969)
- 40 TAYLOR, St.P., SCHMUTTE, G.T., LEONARD, K.E.:
Physical aggression as a function of alcohol
and frustration. Bulletin of the Psychonomic
Society 9, 217-218 (1977)
- 41 TAYLOR, St.P., GAMMON, Ch.B.: Effects of Type
and Dose of Alcohol on Human Physical
Aggression. Journal of Personality and
Social psychology 32, 169-175 (1975)
- 42 VENZLAFF, U.: Die "pathologischen" Alkohol-
reaktionen - Ätiologie, Klinik und forensisch-
psychiatrische Beurteilung. Med. Welt 47,
2623-2631 (1965)
- 43 WIESER, S.: Alkoholismus II: Psychiatrische
und neurologische Komplikationen. Fortschr.
Neurol.Psychiat. 33, 349-409 (1965)
- 44 WIESER, S.: Alkoholismus III: Katamnesen
und Prognose. Fortschr.Neurol.Psychiat. 34,
565-588 (1966)

- 45 WIESER,S., KUNAD,E.: Katamnestische Studien
beim chronischen Alkoholismus und zur Frage
von Sozialprozessen bei Alkoholikern.
Nervenarzt 36, 477-483 (1965)
- 46 WITTER,H.: Die forensische Beurteilung von
Alkoholdelikten und anderen Rausch- und
Suchtdelikten.
In: Handbuch der Forensischen Psychiatrie.
Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972
- 47 WYSS,R.: Die akute Alkoholvergiftung.
In: Psychiatrie der Gegenwart, Band II,
Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960

8. Anhang

Fragebogen

Geschlecht	männlich	...
	weiblich	...
Alter	14 - 19	...
	20 - 29	...
	30 - 39	...
	40 - 49	...
	50 - 59	...
	60 -	...
Grund der Aufnahme	aggressives Verhalten	
	gegen Personen	...
	Randalieren	...
	Erregungszustand	...
	depressives Verhalten	...
	Suicidankündigung	...
	Suicidversuch	...
	Dämmerzustand	...
	Delirantes Syndrom	...
	Wahn/Halluzinationen	...
	Alkoholintoxikation	...
	Entzug	...
		...

Beurteilung des Patienten in der Klinik

Motorik und Psychomotorik	Koordinationsstörungen	...
	motorisch unruhig	...
	stark erregt	...
	Anfälle	...
	verlangsamt	...
	Antrieb vermindert	...
	Antrieb gesteigert	...
	unauffällig	...
	Tremor	...
	Hyperhidrosis	...
verbales Verhalten	verwaschen/lallend	...
	schreiend	...
	schweigsam	...
	Logorrhoe	...
	unauffällig	...

Stimmung	gereizt/missmutig	...
und Verhalten	wütend	...
	verbale Aggressionen	...
	Aggressionshandlungen	...
	misstrauisch/feindselig	...
	gespannt	...
	ratlos	...
	innerlich unruhig	...
	ängstlich	...
	exzessive Angst	...
	weinerlich	...
	affektlabil	...
	affektinkontinent	...
	unsicher	...
	verzweifelt	...
	Insuffizienzgefühle	...
	Schuldgefühle	...
	depressiv	...
	suicidal	...
	heiter/freundlich	...
	läppisch	...
	euphorisch	...
	gesteig.Selbstwertgefühl	...
	ruhig	...
	apathisch	...
	affektiv inadäquat	...
	persönlichkeitsfremd wirk.	...
		...

Bewusstseins- störungen	Bewusstseinstörung	...
	Dämmerzustand	...
	Delir	...
	keine	...
Orientierungs- störungen	zeitlich	...
	örtlich	...
	situativ	...
	zur eigenen Person	...
	keine	...
Sinnes- täuschungen	illusionäre Verkennung	...
	akustische Halluzinationen	...
	optische Halluzinationen	...
		...
inhaltliche Denkstörungen	Beeinträcht./Verfolg.wahn	...
	Eifersuchtswahn	...
	Gedächtnisstörungen	...
	Auffassungsstörungen	...
	Konzentrationsstörungen	...
	Denkstörungen:	
		...
	Denken verlangsamt	...
	Denken beschleunigt	...

Anlass zum	Partnerkonflikte	...
Trinken	Berufsprobleme	...
	finanzielle Probleme	...
	Arbeitslosigkeit	...
	Einsamkeit	...
	Alkoholismus	
	303.0	...
	303.1	...
	303.2	...
	Feier/Gesellschaft	...
	absichtlich zur Enthemmung	...
	ohne besonderen Anlass	...
Trink-	allein	...
umstände	mit Familie/Freunden	...
	mit Fremden	...

Stimmung vor dem Trinken	depressiv	...
	verzweifelt	...
	suicidal	...
	ängstlich	...
	resigniert	...
	Minderwertigkeitsgefühle	...
	Schuldgefühle	...
	unzufrieden	...
	gereizt/missmutig	...
	wütend	...
	eifersüchtig	...
	heiter	...
	zufrieden	...
	ausgeglichen	...
	gehoben/euphorisch	...
		...
körperliche Verfassung	gesund	...
	überanstrengt/müde	...
	fieberhafte Erkrankung	...
	Anfallsleiden	...
	Hirnschädigung	...
	Unfall (Durchgangssyndrom)	...
	organisches Psychosyndrom	...
		...
psychische Erkrankung	symptomatische Psychose	...
	Oligophrenie/Minderbegabung	...
	Sucht (nicht Alkohol)	...
		...

Medikamenten- einnahme	Schlafmittel/Tranquilizer	...
	Psychopharmaka	...
	Analgetika	...
	Drogen	...
		...
Getränkeart	Bier	...
	Wein/Sekt	...
	konzentrierte alk. G.	...
Dauer des Aufenthaltes	unter 24 Stunden	...
	länger	...
spätere Symptome	ähnliches Verhalten	...
	Besserung	...
	völlige Distanzierung	...
	Suicidversuch in Klinik	...
	amnestische Lücke	...
	Entzugssyndrom	...
		...
neurologische Symptome	Polyneuropathie	...
		...
abnormes EEG		...
Röntgen		...

<u>Diagnose:</u>	Erregungszustand	...
	" mit aggressivem Verhalten	...
	Euphorische Stimmung	...
	Depressive Verstimmung	...
	Suicidversuch	...
	Dämmerzustand	...
	Delirantes Syndrom	...
	Amnestisches Syndrom	...
	Eifersuchtswahn	...
	Pathologischer Rausch	...
	Komplizierter Rausch	...
		...

LEBENS LAUF

4. 7.1953 geboren in Rotfelden, Kreis
 Calw,
 Vater: Günther Bachmann,
 Friseurmeister
 Mutter: Ingeborg Bachmann,
 geb. Malich
- 1960 - 1964 Besuch der Volksschule in
 Karlsruhe
- 1964 - 1966 Besuch der Mittelschule in
 Karlsruhe
- 1966 - 1973 Besuch des Hildegardis-
 Gymnasiums in Kempten
8. 6.1973 Abitur am Hildegardis-Gymnasium
- 1973 - 1980 Studium der Medizin an der LMU
 München
- April 1980 Approbation als Arzt

